

米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業 沿革、現状および最近の動向

目 次

- ・ 本稿のねらいと構成
- ・ 米国ヘルスケア市場の沿革
- ・ 米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業の現状
- ・ 米国ヘルスケア市場の最近の動向

研究員 西村 徹 研究員 江頭 達政 研究員 中村 岳

要 約

・ 本稿のねらいと構成

米国におけるヘルスケア市場およびその市場で展開されている保険会社のヘルスケア事業の状況について、現在の市場が形成されるまでの沿革、ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業の現状、そして最近の動向という構成で、保険会社の観点からできるかぎり客観的かつ実務的に分析した。

・ 米国ヘルスケア市場の沿革

現在、米国のヘルスケア市場ではマネジドケアが主流となっている。以前は、ヘルスケア市場では、インデムニティ型がかなり普及していたが、1970 年代頃から医療費の高騰への対応などからマネジドケア型が台頭し、1990 年代には市場の主流となった。本章ではマネジドケアが主流となるまでの沿革をとりあげる。

・ 米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業の現状

米国ヘルスケア市場の現状について、市場の姿を入手できる資料で概観し、健康保険プランの概要を整理し、極力単純化して市場の構造を説明する。保険会社のヘルスケア事業の現状について、マーケティングの立場から概観する。

・ 米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業の最近の動向

健康保険会社の経営に影響を及ぼす最近のヘルスケア市場の環境変化の中から、「1．患者の権利保護に関する最近の動き」と、「2．保険者の競争環境」の2点を中心に紹介する。

・本稿のねらいと構成

1. 本稿のねらい

(1) 米国保険市場の分析

これまで、当研究所は継続的に米国保険市場を分析し、その結果を公表してきた。最近では、本誌 Vol.34 に「米国損害保険市場の最新動向 1999 年を中心として」を掲載した。今回は、米国の保険市場の中で大きな分野である健康保険の市場を対象とした。

米国においては、「健康保険」(Health Insurance)は実務的には、営利健康保険(Commercial Health Insurance)、非営利民間健康保険(Private Noncommercial)および社会保険(Social Insurance)を包含する意味で使われている¹(以下、本稿では健康保険をこの意味で用いる)。健康保険の市場では、営利保険会社だけでなく、ブルークロス・ブルーシールド(Blue Cross & Blue Shield)などの非営利組織も極めて重要な当事者になっている。米国の健康保険の市場には、このように営利保険会社以外に重要な当事者が存在しているという特徴がある。そればかりでなく、保険会社が提供しているのは、保険商品にとどまらず、医療プロバイダーのネットワークを含めた健康保険プラン(Health Plan)全体を企画設計、運営するサービスであるという特徴もある。このため、営利保険会社の健康保険市場について分析するには、ヘルスケアに関する市場まで分析を広げる必要がある。

なお、現在の米国では、一般的に、医療を提供する施設が、救急病院(acute-hospital)、長期性病院(long term hospital)、ナーシングホーム(skilled nursing facility)等、患者の症状の度合いや緊急度に応じて機能分化している。本稿では、これらの施設の総称、またはこれらの施設の経営主体の呼称として「医療機関」という用語を使用し、医師等の医療スタッフ、個別の医療施設、または医療機関のネットワーク全体を指す幅広い概念として「医療プロバイダー」という用語を使用する。また、「健康保険プラン」は、単なる保険商品ではなく、医療プロバイダーのネットワークを含めた、サービス提供システム全体を指す用語として使用する。

(2) ヘルスケア市場の分析の困難性 その広範性、複雑性

一口に「ヘルスケアに関する市場」(以下「ヘルスケア市場」という)と言っても、その範囲は極めて広い。「ヘルスケア」という言葉は、狭義には医師などの専門家や病院などの医療施設において患者に供給される医療サービスを指していたが、広義には、従来にはなかったようなより広いサービス供給主体からのサービスや、健康の自己管理までもを含みうる広範な概念となっている。ヘルスケア市場に関連する文献をひもとくには「ヘルスケア」の意味を、前後の文脈から読みとらねばならないほどである。また、米国のヘルスケア市場の規模も巨大である。ヘルスケア市場の規模については、関連支出が約 1.1 兆ドル、米国民一人当たりの支出が約 4,100 ドルにもなるという統計もある(1998 年データ)²。

「ヘルスケア市場」は、サービスの利用者を中心として、医療サービスを供給する医師、病院、各種の医療関係の専門職、医薬品メーカー、医療機器メーカー、アウトソーシングサービスを提供する企業、第三者評価機関、そして営利保険会社、非営利組織と、多種多数に及ぶ当事者から構成されている市場として捉えられる。さらに、この各々の当事者間の利害関係がさまざまな要因で変化してきた極めて複雑な構造となっている市場でもある。

(3) 本稿での健康保険の市場のとりあげ方

このように、ヘルスケア市場は広範で複雑な市場であり、その分析を詳細に行うことは容易ではない。一方、営利保険会社の健康保険の市場を分析するためには、必ずしもヘルスケア市場の全体を詳細に分析する必要もない。

そこで本稿では、ヘルスケア市場の姿を、営利保険会社の観点からその必要な限りで概観することとし、また、営利保険会社の事業について、健康保険という保険商品を販売する事業と捉えるのではなく、ヘルスケア事業という観点で捉えることにした。

(4) 本稿のねらいと特徴

本稿はこのような錯綜したヘルスケア市場のなかで、特に営利保険会社(Commercial Health

Insurance Companies、企業形態が株式会社が相互会社は問わない)の視点から、ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業とを紹介しようとするものである。

広範かつ複雑なヘルスケア市場の中から理解を得やすい見取り図を示すために、考察の対象とする主要な当事者を、利用者、保険者、医療プロバイダーに限定し、さらにその市場の構造を極力単純化して説明を試みた。従って、医薬品業界、医療機器業界、および連邦政府や州政府などの規制当局等については、ヘルスケア市場のなかで重要な当事者ではあるが、本稿では触れない。

従来、米国のヘルスケア市場について、なかなかマネジドケア (Managed Care) については、日本の医療制度に対する問題意識に基づいて調査分析した文献が数多く存在する。本稿はこれらの先行業績を参考とし、米国の制度を評価するのではなく、営利保険会社の視点から、米国のヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業の状況を、できるかぎり客観的かつ実務的に分析することを目指して、特に米国の現場の実務家の資料と見方を中心としてまとめた。

2. 本稿の構成

現在、米国のヘルスケア市場ではマネジドケアが主流となっている。本稿では、まず第 1 章においてマネジドケアが主流となるまでの沿革をとりあげる。主に営利保険会社との係わりに着目して、米国でのヘルスケアビジネスの沿革と、その市場における営利保険会社の活動の足跡を概観する。そこでは、「1. 営利保険会社の本格参入以前」、「2. 営利保険会社の本格参入以後」、「3. マネジドケアの台頭までの時期」、「4. マネジドケアが主流となった時期」の順序で述べる。

次に、第 2 章でマネジドケアが主流となったヘルスケア市場と営利保険会社のヘルスケア事業の両方の現状を取り上げる。最初に、保険会社との関連において、ヘルスケアの市場の姿を「1. ヘルスケア市場の姿」で説明し、さらにそこで提供されている各種の健康保険プランについて「2. 健康保険プランの概要」で説明する。また市場の当事者を「3. 米国ヘルスケア市場のプレーヤー」で紹介する。ここでは健康保険の分野で大きなシェアを持つ自家保険制度とそれを支える

サービスである TPA³や、福利厚生コンサルティング会社、認証・評価機関等も紹介する。そして「4. 保険会社のマーケティング」では、営利保険会社の行うヘルスケア事業の具体的なマーケティング手法の一例として、団体募集の一連の過程を取り上げて説明する。

第 3 章では、拡大発展をしてきた営利保険会社のヘルスケア事業を取り巻くごく最近の環境の変化について、特に「1. 患者の権利保護に関する最近の動き」と、「2. 保険者の競争環境」の 2 つを中心に紹介する。

3. 米国ヘルスケア市場の沿革

本章では、ヘルスケア市場においてマネジドケアが主流となるまでの沿革を取り上げる。ヘルスケア市場の沿革が対象とする期間についても、いろいろな時代区分が可能である。例えば、ある実務書ではヘルスケア市場の沿革を、マネジドケアの発達の歴史として捉えて 幼年期 (~ 1970 年まで) 青年期 (1970 年から 1985 年まで) 成人期 (1985 年から現在まで) と区分している⁴、また別の論者はヘルスケア市場の沿革をヘルスケアリスクの進化と捉えて、 保険会社成長期 (1909 年 ~ 1960 年) ブルークロス・ブルーシールド成長期 (1940 年 ~ 1980 年) HMO⁵成長期 (1975 年 ~) IDS/PHO⁶成長期 (1989 年 ~) という分け方をしている⁷。

本稿では、民間のしかも営利保険会社の観点からヘルスケア市場を概観する立場に立っているのので、営利保険会社とヘルスケア市場の関わりに着目して「1. 営利保険会社の本格参入以前」、「2. 営利保険会社の本格参入以後」、「3. マネジドケアの台頭までの時期」、「4. マネジドケアが主流になった時期」の 4 つに大きく区分し、各時代の状況を概観する。

1. 営利保険会社の本格参入以前

(1) 19 世紀に始まる健康保険の引受

営利保険会社を組織して健康保険を引き受けた歴史は、19 世紀に遡ることができる。1847 年にボストンでマサチューセッツ健康保険会社 (Organization of Massachusetts Health Insurance Company of Boston) が治療の費用に

に対する保険を最初に引き受けた⁸。米国においては 19 世紀中葉に傷害保険 (Accident Insurance) と疾病保険 (Sickness Insurance) の 2 つの保険が引受けられるようになった。疾病保険はかかった医療費を償還するタイプの医療費用保険ではなく、疾病の際に、予め約定している金額 (または日額) を支払う、就業不能のための所得補償保険に近いものであった。

疾病率等についての正確な統計データも存在していない時代のことでもあり、対象となる疾病の範囲や、保障対象となる日数についても極めて制限的なものであった⁹。

《図表 1》ヘルスケア市場の沿革

時代区分	出来事
1. 営利保険会社の本格参入以前	マサチューセッツ健康保険会社の医療保険引受 (1847)、エトナ社の健康保険分野参入 (1899)、保険会社各社の団体保険開発 (職域募集の開始) (1912 頃)、カイザーの創設 (1933)、ブルークロス、ブルーシールドの創設 (1929、1939)
2. 営利保険会社の本格参入以後	第 2 次大戦中の福利厚生 の充実に伴う営利保険会社の団体健康保険への参入、戦後の職域保険の充実と加入者の増大、メディケア・メディケイドの創設 (1965)
3. マネジドケアの台頭までの時期	医療費抑制をねらった HMO 法の制定 (1973)、自家保険を推進する ERISA 法改正 (1974)
4. マネジドケアが主流となった時期	ブルークロス・ブルーシールド、自家保険、営利保険におけるマネジドケア型商品の採用、ブルークロス・ブルーシールドへの税控除特典の廃止 (1987)、マネジドケア型商品の加入者数の増大、市場の成熟化とイノベーションの進行

(出典) 安田総合研究所にて作成

(2) 消極的な健康保険の引受

統計的基礎を持ち、適切な保険料設定を行うことのできる大手の営利保険会社が、健康保険の分野に参入してくるのは 19 世紀も終わりかけの頃である。

例えば、現在の営利健康保険業界の最大手であるエトナ社 (Aetna、現在の Aetna US-healthcare 社) の社史によれば、同社が健康保険分野に参入したのは 1899 年という¹⁰。しかし、この頃の営利保険会社の健康保険は、生命保険や傷害保険の既存顧客にのみ、制限的に販売されていた。同社はその社史で、「女性は全く販売の対象とはされていなかった。男性についても、引受に際しては健康と財産についての引受要件が厳しく、引受件数は極めて少なかった」としており、1903 年の代理店宛文書でも「健康保険分野はそれ自体では、現時点でも将来においても、会社にとっての収益源になることはない」と述べている。

この時期は職域での大量募集という方式もなく、営利保険会社としては既にある程度の取引関係にあり、健康面でも財産面でもリスクが少ないと判断できる個人顧客のみに、新商品である健康保険を販売していたといえよう。

(3) 初期の健康保険の問題点

19 世紀の末期から 20 世紀の初頭にかけて、傷害保険や疾病保険など健康保険分野において多くの会社が創設され、火災保険会社や生命保険会社からの参入もあった。しかし、これらの保険会社は以下のような問題点を有していた¹¹。

競争が激しく、その結果多くの会社が保険料率を引き下げ、利益を上げられなかった。

いくらかの進歩は見られたにもかかわらず、保険会社は疾病の発生率を正確に予測したり、保険金支払いのコストを賄うに足りる保険料の決定を行うための情報が不十分であり、そのため適正な水準の保険料を設定しようとしても計算が合わず損害を被ることがあった。

不十分な引受経験にも起因するが、多くの会社が、本来ならバッドリスクとして引受を拒絶すべきものまで保険引受を行い、結果として保険料として受け取る金額よりも多くの金額を保険金として支払った。

このような環境下で多くの企業が健康保険事業

から撤退しそれがまた保険者の信頼性に対する評判を落とすことになった。

（４）団体保険の開発

1910年に米国最初の団体健康保険が、職域における疾病と傷害によって就業不能になった労働者に週ごとの保険給付を与える形態で発足し、その後数年間の間に多くの大手営利保険会社がこの種の団体健康保険を職域や団体に販売するようになった。例えば、エトナ社とともに現在の営利健康保険業界の大手となっているシグナ社（Cigna）では、1912年に傷害保険部門を設けて個人の傷害保険の引受を行い、1919年に団体傷害・疾病保険の販売を始めている¹²。この分野では個人での引受が先行し、その後、団体での引き受けが成長し始めたといえる。

（５）大恐慌時代における進展

この時期は多くの労働者が職を失い、健康保険の給付が唯一の収入であるために給付を受け続ける被保険者なども現れ、統計データの未整備、引受技術の未確立および悪績リスクの引受などの従来からの悪条件も重なり、多くの営利保険会社の業績が悪化した。このため、健康保険から撤退したり、引受を極度に制限する状況が生じた。

同時に、業界での協力関係の進展（事故データの交換など）や引受技術の進歩により、この時期は健康保険事業の基礎が強固になっていく時期でもあった¹³。1920年代には医療費用保険（medical expense insurance）が開発され、1929年に病院で最初に募集された団体の医療費用保険は、後述するブルークロス（非営利組織）の源流となった¹⁴。

（６）米国における医師、病院の関係、病院の設立主体および医療費の支払方法

ここでは、以下の行論のため、その必要な限り、米国における医師と病院の関係などについて若干説明する。

米国における病院の成り立ち

もともと米国においては宗教団体や慈善団体が病院施設をつくり、開業医は各々自分の診療所で患者を診て、必要な場合に病院を利用していた。このため医師と病院の関係は、日本とはかなり異

なっている。また病院の設立主体も米国においては多様であり、非営利法人もあれば営利法人もあり、宗教団体や慈善団体も多くの病院を設立、所有している。

医療費の支払い

治療を受けた患者は、その費用について病院および医師に対してそれぞれ別個に支払いを行うシステムである。支払いについては、したがって例えば入院治療を受けたようなケースでは医師と病院から別個に請求がなされることになり、保険者が医療プロバイダーに保険金を支払う場合にも病院と医師に対してそれぞれ支払いを行う。また米国においても、保険制度の普及以前は他の諸国と同様、医療費の支払いは、病院や医師への直接支払いが原則であった。

（７）定額前払い会員制組織とブルークロス・ブルーシールドの成立

定額前払い会員制組織の成立

歴史的には、1910年にワシントン州のタコマ市に設立されたウェスタン・クリニック（Western Clinic）が定額前払い会員制組織の最初の事例とされている¹⁵。これは、職域の団体に対する医療サービスの提供を、前払いを受けた金額の中から賄う内容の約定を結んだものであった。

また、カイザーパーマネンテ（Kaiser Permanente）の原型となる組織は1933年に設立された。ロサンゼルスへの水路建設工事に従事する労働者に前払い制度による医療サービスを提供する目的で設立されたカイザーは、今日でもカリフォルニア州を中心とした米国最大のHMOとして存続している¹⁶。

ブルークロスとブルーシールドの登場

非営利の民間保険組織であるブルークロス、ブルーシールドの起源もこの頃である。ブルークロスは、加入者が病院費用の支払いによる出費に備えて定額の保険料を前払いし、病院はその保険料のプールからの支払いで医療サービスの保障を行うという形態の健康保険プランとして、1929年に出発した。テキサス州ダラスのベイラー（Baylor）大学の教員の組合とベイラー大学病院との間の契約に起源が求められ、その後米国病院

協会（American Hospital Association：AHA）の支持を得て、全米に展開した。

一方、ブルーシールドは、医師サービスに対する支払いを保障する制度として、1939年にカリフォルニア医師会が設立したカリフォルニア医師サービス（California Physicians Service）が起源とされる。ブルークロスと同様に、定額の保険料を前払いし、同一診療科目の医師の集団と契約を行う形態をとっていた¹⁷。病院費用を支払うブルークロスと医師費用を支払うブルーシールドは全米各地に設立され、現在は地域ごとにその経営機能を一体化している場合が多い。

このように、職域の医療サービスの供給へのニーズと、治療費用の確保を図りたい医療プロバイダーのニーズが合致して、前払いによる非営利の健康保険が形成され始めた。健康保険分野では職域中心、非営利の組織が大きな役割を果たした。その意味では、営利保険会社の生い立ちとは異なっている。一方、この時期の営利保険会社においては、健康保険分野への取組は避けられていた。なぜなら、これらの保険会社が、医療費の予測は本来的に無理であるという考えを有していたためである。ところが、ブルークロス・ブルーシールドのプランが成功をおさめたと、営利保険会社にもヘルスケア市場への参入の意欲が生じ、第2次大戦の間から戦後にかけての本格参入につながっていった¹⁸。

なお、今日では、非営利の健康保険も営利保険会社と同様、各州の保険監督機関の監督下に置かれている。

2．営利保険会社の本格参入以後

（1）戦時体制下の労働力確保のための健康保険制度の普及

第2次大戦時には、就労世代の多数が兵役についたことから労働力不足が生じた。戦時体制の中でインフレ抑止政策のため物価の統制が行われ、賃金の上昇も抑制された。

その措置の代償として従業員への福利厚生制度（年金、就業不能に対する保障、および健康保険制度）の充実が図られた。また労働組合も待遇の改善を強く要求し、その結果、使用者側は自らの負担で労働者に健康保険を提供する傾向が一般化した¹⁹。

従業員の健康保険料は全額損金で処理でき、また個々の従業員は雇用者に負担してもらった健康保険料について所得税を課せられないという税務上の取扱が民間健康保険の普及を後押しした²⁰。

（2）第2次大戦後

第2次大戦終結後は中産階級の急増時期になり、職場での健康保険プランの提供は重要な福利厚生給付になった。そのため大手の営利保険会社がこの市場に引きつけられることになった。ブルークロス・ブルーシールドはこの新たな競争に対応すべく病院への支払いのカバーと、医師への支払いのカバーとをバンドリングした²¹。

営利保険会社は、医療費として支払われた金額を加入者に償還する形の保険で企業マーケットに参入していった。この時期の健康保険は実費給付補償型（インデムニティ型）が大半であった。インデムニティ（indemnity）はもともと「損害の填補」を意味する言葉であるが、今日のヘルスケア市場では、受診できる医師の範囲に制限がなく、かかった費用について出来高払いで実費を給付する（但し限度額内、自己負担額を除く）伝統的な健康保険プランを意味する。同じインデムニティ型プランでも、ブルークロス・ブルーシールドの場合は医療プロバイダーに直接支払いを行っていた。営利保険会社は、この点ではブルークロス・ブルーシールドに比べて不利であったが、複数の州にまたがって事業展開している企業に容易にカバーを提供できるという点においては、各地域で独立した組織を形成しているブルークロス・ブルーシールドに対して優位な点を持っていた。

続く1950年代、60年代は、戦後の高度成長期に合わせて、健康保険が急速に普及していった時期である。この時期に健康保険はようやく恵まれた一部の人のための贅沢品ではなく、生活必需品になっていったと言えよう²²。一方、既に50年代には医療費のインフレーションの兆候も現れ始めていた。

（3）ブルークロス・ブルーシールドと営利保険会社

非営利の組織であるブルークロス・ブルーシールドでは、保険料を年齢、病歴に関わらず全加入者同額で徴収していた。比較的高齢、病弱な加入

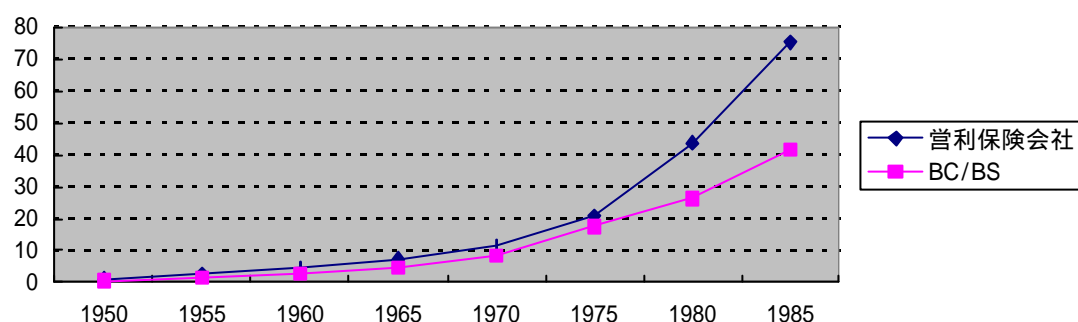
者には有利だが、若年者には割高となる形態であった。

これに対し、営利保険会社は加入にあたって病歴に基づく保険料設定を行い、健康な若い層などリスクの低い層を選択して加入させることができたため、若年層は比較的安価な保険料となった。このため、多くの被保険者が営利保険会社の健康保険に流入する傾向が生じた。全体として市場も拡大傾向にあったため、ブルークロス・ブルーシールドの収入保険料も拡大していたが、徐々に

営利保険会社が市場シェアを伸ばしていった。

この時期には、健康な契約者層には安価な保険提供が可能になる一方、営利保険会社の健康保険には加入できない層が発生してきた。また営利保険会社は職域中心に健康保険を提供していたため、職域で健康保険を入手出来ない地域住民に対して専らブルークロス・ブルーシールドがコミュニティー・レーティング（community rating）²³でカバーを提供した²⁴。

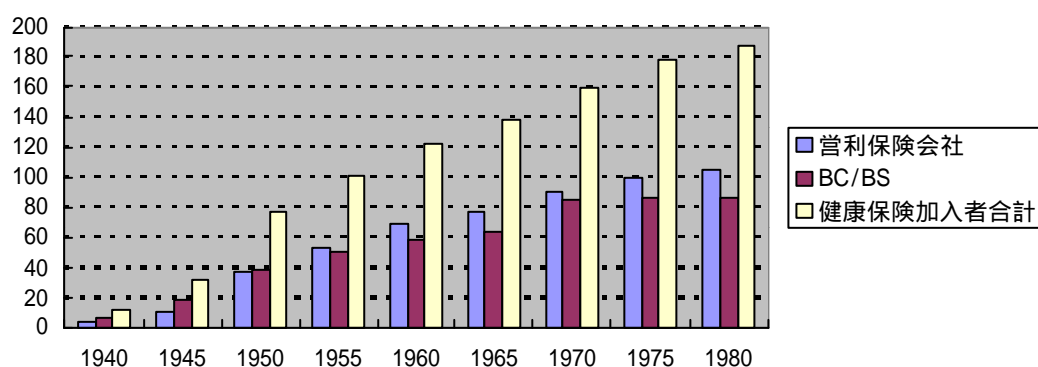
《図表 2》 営利保険会社とブルークロス・ブルーシールドの収入保険料の比較
(1950年～1985年：単位 10 億ドル)



(注) BC/BS は、ブルークロス・ブルーシールドを指す。以下の図表も同様。

(出典) Health Insurance Association of America, "Source Book of Health Insurance Data 1999・2000", 1999

《図表 3》 営利保険会社とブルークロス・ブルーシールドの加入者数の推移
(1940年～1980年：単位 100 万人)



(出典) Health Insurance Association of America, "Source Book of Health Insurance Data 1999・2000", 1999

(4) 公的健康保険制度の創設

民間保険等でカバーされない無保険者層の問題が社会問題として顕在化してきたため、1965 年、ケネディ政権の後を受けたジョンソン政権のもとで、社会政策として、米国で最初の公的健康保険制度であるメディケア（Medicare）、メディケイド（Medicaid）が創設された。メディケアは連邦政府の行う公的高齢者医療保険制度であり、65 歳以上の高齢者および障害者が対象となる。また、メディケイドは貧困者に対する医療扶助制度であり、採用は州の任意とされた。連邦政府から補助金が支出されており現在では全ての州で採用されている。

このとき、多くのブルークロス・ブルーシールド組織は、連邦政府に対する病院や医師の報酬請求の窓口としてメディケア、メディケイドの業務を行った²⁵。

3. マネジドケア台頭までの時期

(1) 医療費の高騰と HMO 法の成立

米国においては、1970 年代以降医療費の増加の傾向が顕著になってきた。その要因には様々あるが、基本的には人口の高齢化と医療における技術革新の進展の影響が大きい。また、健康保険への加入者が増えて医療にアクセスする人数が増えたこと、健康に関する知識が普及したことなどの要因も挙げられる。《図表 4》からも、この時期の医療費支出が 5 年ごとに倍増していったことがわかる。医療費の高騰は、公的分野においては財政に負担を与え、民間部門においては企業の福

利厚生費の増大につながるため、次第に社会的な問題と認知されるようになった。

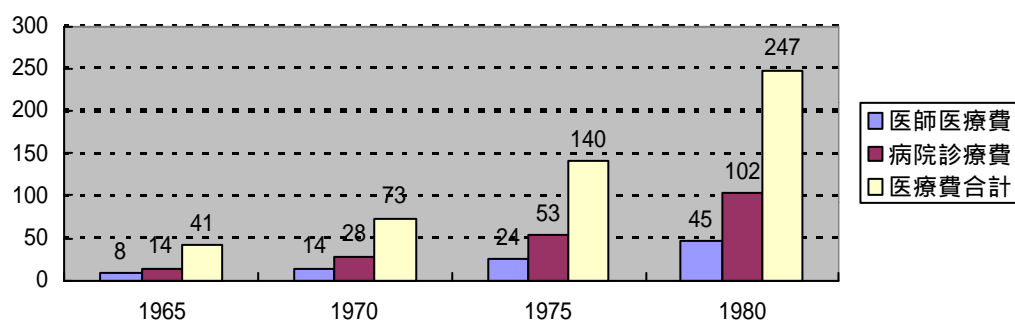
この医療費高騰傾向への比較的初期の対応が、ニクソン政権下での 1973 年 HMO 法（Health Maintenance Organization Act of 1973、以下本稿では HMO 法という）の制定である。同法は医療費抑制のために HMO の導入を推進、奨励する内容であった。25 名以上の労働者を雇用する使用者に対して、もしその地域に HMO が存在した場合は従来のインデムニティ型の健康保険プランの他に HMO 型のオプションを提示しなければならないとした²⁶。

ニクソン政権は、HMO 型健康保険プランに多くの国民を誘導することによって医療費を抑制することを狙っていたが、政府の目論見ほどには加入者は増加せず、医療費抑制の効果は限定的であった。米国の医療費の大幅な伸びは、その後 1970 年代を通じて続いた。

1980 年代に入り、医療費の増大傾向はますます加速した。技術進歩による高額機器の導入、疾病構造の変化などの医療費を増大させる要因は、1970 年代に比べても強くなった。また、医師の数の増大も影響を及ぼしていると推測される。

ここに至って、産業界からも企業の医療費負担が米国産業の国際競争力に悪影響を及ぼすとの批判が高まってきた。例えば、クライスラー社のアイアコッカ会長発言に見られるように、日独に比較して米国の企業の医療費の負担は重く、この差が製品価格の差の原因であるという主張がなされた。

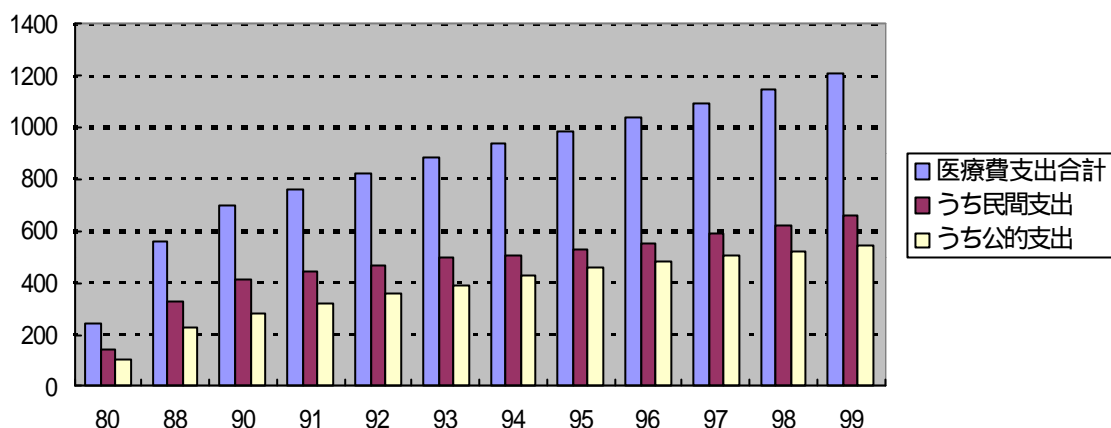
《図表 4》 1965 年から 1980 年までの医療費の推移
(単位 10 億ドル)



(出典) U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration

《図表 5》 医療費支出の推移

(1980年～1999年：単位10億ドル)



(出典) U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration

(2) 保険会社の動向

医療費高騰局面におけるインデムニティ型健康保険プランの問題点

インデムニティ型プランの場合、治療にかけた実費がすべて補填される構造になっているため、支払いに抑制がかからない。このため、医療費の増大が保険料の高騰を招く結果となった。また、保険料の高騰によって無保険者数も増大し、無保険者への医療コストも保険加入者に転嫁されるなどの悪循環に陥った²⁷。

自家保険への優良顧客の流出

自家保険は、企業自体が保険者となり自社の従業員に健康保険プランを提供する方法である。1974年に制定された労働者退職所得保障法 (Employee Retirement Income Security Act of 1974: ERISA) では、州の規制に縛られない企業の自主的な保険運営が認められた。

その後、医療費総額の増大に伴い、上昇していく健康保険料の企業経営への負担を軽減するため、外部の保険者から自家保険に切り替える動きが80年代中葉から顕著になった。自家保険は大企業を中心に設立される傾向があるため、営利保険会社にとっても優良顧客層を一時に大量に失うこととなった。

営利保険会社によるマネジドケア型健康保険プランの導入

ここで脚光を浴び始めたのが、被保険者に対す

る医療サービスの提供に保険会社から一定の制約をかけるマネジドケア型の健康保険プランである。

マネジドケアの手法は色々あるが、その基本的な要素は、保険者が医療プロバイダーに対して医療行為のコスト、内容、およびアクセスについて指示管理することにより、医療費の抑制を図るという点である。これによって過剰な医療行為、投薬、入院を削減して医療の効率化を図り、費用を低下させ、健康保険プランの保険料負担の軽減にもつながるというものである。

もちろんこれらの手法については批判が出てくることが避けられない。医療に対しての保険者による管理、介入に対する社会的批判の動きについては、第 4 章「米国ヘルスケア市場の最近の動向」でも触れる。

(3) 医療過誤訴訟の頻発と医療費用の高騰

また、1980年代は医療過誤訴訟の頻発により医師賠償責任保険の保険料が高騰し、医師が賠償保険の入手ができない状況が発生した。このことも医療費の総額を押し上げる要因であった。また、保険料の高騰に対応し、医師による自家保険組織の設立や、医療機関に対する営利保険会社のリスクマネジメントの提案が行われた。これら営利保険会社による医療への関与の強化は、後のマネジドケアの台頭につながる素地となった。

4. マネジドケアが主流となった時期

ヘルスケア市場において、現在マネジドケアは

主流となっている。本節は今日に至るマネジドケアが主流となった時期を扱う。

1986年に税法が改められ、ブルークロス・ブルーシールドに認められていた税法上の控除の優遇措置が廃止された。営利保険会社のロビイングが功を奏したと言われる²⁸。

また、ブルークロス・ブルーシールドと、新興のHMOの提供するマネジドケア型健康保険プラン、およびマネジドケア型健康保険プランが増えつつあった既存の大手の営利保険会社（エトナ社、シグナ社、メトロポリタン社《Metropolitan》、プルデンシャル社《Prudential》、トラベラーズ社《Travelers》）との競争も生じた。

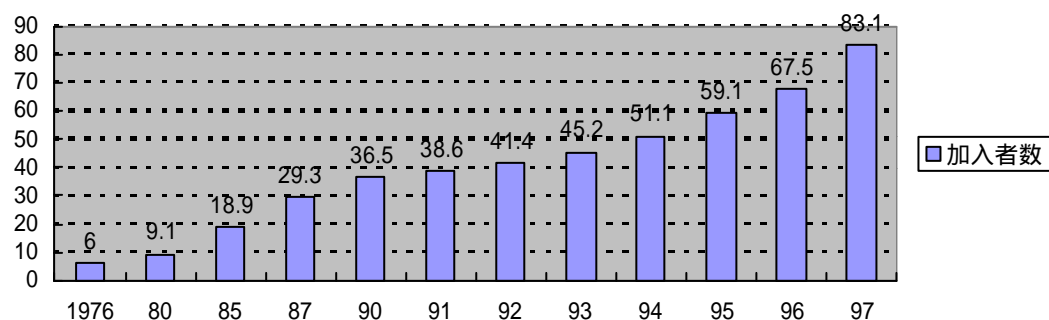
価格面で優位に立つマネジドケア型の健康保険プランが台頭する一方、従来の伝統的なインデムニティ型のプランはマーケットシェアを落としていった。インデムニティ型のプランを販売する営利保険会社もマネジドケアの手法を取り入れ、セカンドオピニオンの義務付け、ケースマネジメント、医療プロバイダーとの値引き交渉などコスト抑制に努めたが、マネジドケア型ほどのコスト削減効果を上げることはできなかった。マネジドケア型プランの台頭に伴い、大手の生命保険会社においても、マーケットシェアを落として健康保険分野から撤退する動きが90年代前半には相次いだ（メトロポリタン社、トラベラーズ社、エクイタブル社《Equitable》等、最近ではプルデンシャル社も撤退）。ブルークロス・ブルーシールドにおいても加入者の減少が見られたため、多く

のブルークロス・ブルーシールド組織においてマネジドケア型プランを採用する必要性が認識されるようになった²⁹。

HMOへの加入者総数は、1990年代、特に後半に急速に伸び、1997年時点での加入者数は約8,310万人に達したものと推定されている。2000年時点でのHMO加入者数の合計は約8,090万人、HMO加入者は若干減少したものの、同じくマネジドケア型プランで、加入者の医療機関選択範囲の自由がやや広いPPO等（商品プランの詳細については第2章第2節で説明）の加入者は8,450万人となり、合計で1億6,540万人の米国人がマネジドケア型健康保険プランに加入している（但しここでの数字には自家保険や、メディケア・メディケイド、ブルークロス・ブルーシールドのそれぞれのマネジドケア型プランも含んでいる）³⁰。ブルークロス・ブルーシールドにおいても、伝統的なインデムニティ型プランの加入者数の比率は、1995年の50%が1999年には30%まで低下しており、残りの70%はマネジドケア型となっている³¹。

マネジドケア型の健康保険プランは、今や市場の主流をしめるようになり、論者によってはいわば成人に達した段階という人もいる³²。この成熟段階においては、医療プロバイダー側の新たなタイプの組織（IDS、PHO）が誕生してきたり、メンタルヘルスやカイロプラクテック等の特定の需要に応えるための専門組織（carve-out）が出てきたり、その他多くの新しい業態を発生させたりといったイノベーションが生じている。また、

《図表6》 HMO 加入者総数の推移
（1976年～1997年：単位100万人）



（出典）Peter R. Kongstvedt, ed., “The Managed Health Care Handbook, 4th edition”, Aspen Publication, 2001

市場環境も加入者の増加につれて成熟化しつつあり、その市場の中で各プレイヤーも組織の再構築（Restructuring）を迫られている。

特に、営利保険会社と並んで健康保険プランの重要な供給元であった、非営利民間組織については、市場環境変化の中で組織形態の見直しが迫られている。例えばブルークロス・ブルーシールドについては、競争の激化の中で、全米の各地域に散在している組織の統合や、組織の公開会社化によって、スケールメリットの追求や資本市場へのアクセスの改善を図ることが必要なのではないかと指摘されている³³。

・マネジドケアが主流となっている米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業の現状

本章ではマネジドケアが主流となった現在の米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業の両方の現状について取り上げる。まず「1.ヘルスケア市場の姿 - 保険会社との関連において」では、広範、複雑な市場であるヘルスケア市場の姿を営利保険会社の観点からその必要な限りにおいて概観する。続いて「2.健康保険プランの概要」において、ヘルスケア市場で提供されている健康保険プランの概要を整理する。そのあと「3.米国ヘルスケア市場のプレイヤー」において市場の構造を極力単純化して説明する。最後に「4.保険会社のマーケティング」においてマーケティングの立場から営利保険会社のヘルスケア事業について概観する。

1.ヘルスケア市場の姿 - 保険会社との関連において

（1）ヘルスケア市場の全体構造把握のための統計入手の困難性

ヘルスケア市場における保険関係の統計については、その収集に困難を生じることが少なくない。これには、健康保険プランの提供主体が多数存在し、営利保険会社だけではないという事情がある。また、統計数字をまとめる場合には、統計作成者によりどの範囲までの数字を算入するのかの判断が異なることなどから、例えば米国の民間保険加入者数一つをとっても、数字が一致しないことがままある。また、生命保険部門、損害保険

部門と健康保険部門の市場規模を比較することも難しい。これは、健康保険部門において連邦政府や州政府がメディケイドとメディケアを通じて大規模に参画しているためである³⁴。

ここでは、営利保険会社のヘルスケア事業に関連する部分について、現時点で入手できたデータをもとに取りまとめた。

（2）ヘルスケア関連支出でみたヘルスケア市場

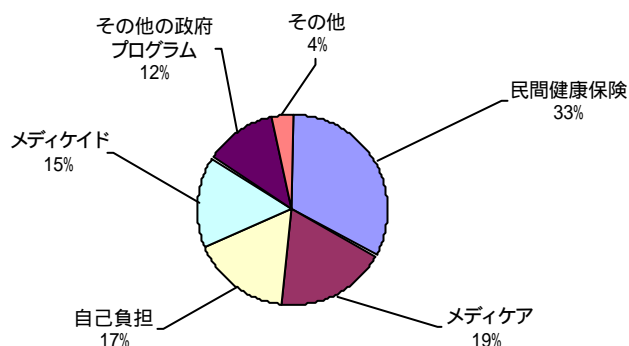
ヘルスケア市場の規模については、その支出額に関する統計から推測することができる。

1999年の米国のヘルスケア関連支出額（National Health Expenditures）は約1.1兆ドルであり、前年1998年に比較して約6%増加している。このヘルスケア関連支出額は米国のGDPの約13.0%を占めるほど大きい³⁵。

その支出について、別のデータをもとに財源を分けると《図表7》のとおりである。1998年の米国での民間健康保険（ここではブルークロス・ブルーシールドを含む）は米国におけるヘルスケア関連支出の中で約33%を占めている³⁶。

また全米保険庁長官会議（National Association of Insurance Commissioners：NAIC）の集計した健康保険事業部門の統計によると、1998年の正味計上保険料は467億4,898万ドルとなっている³⁷。

《図表7》ヘルスケア関連支出の財源（1998年）



（出典）米国保険情報協会編著、安田総合研究所訳「ザ・ファクトブック 2001」（安田総合研究所、2001）

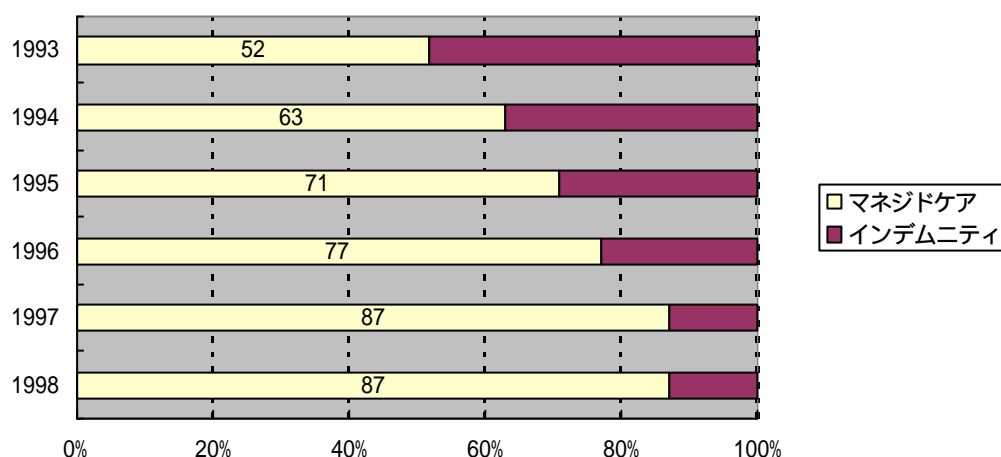
(3) マネジドケア型健康保険プランの状況

現在、健康保険市場ではマネジドケア型プランが主流になっている。その状況を示すデータがある。例えば 1993 年から 1998 年までの、職域についてのインデムニティ型健康保険プランとマネジドケア型健康保険プランの加入者の比率は《図表 8》のような推移であり、マネジドケア型へ

のはっきりした移行傾向を読み取ることができる。

また、マネジドケア型健康保険プランの提供主体には、多数の加入者をかかえる大規模なものも多く存在する。それを示したのが《図表 9》である。この表の 9 つの提供主体のうち、非営利組織はブルークロス・ブルーシールドとカイザーのみであり、残りは営利保険会社である。

《図表 8》 職域マーケットにおけるマネジドケアとインデムニティの構成比率



(出典) Kennes Black Jr. & Harold D. Skipper, Jr., “Life and Health Insurance, 13th edition”, Prentice-Hall, 2000

《図表 9》 健康保険プラン提供主体別加入者総数 (2000 年)

健康保険プラン提供主体	マネジドケア型 プラン加入者 総数 ³⁸ (万人)
Blue Cross Blue Shield Plans	7,870
Aetna U.S. Healthcare	1,900
Cigna HealthCare	1,430
Kaiser Foundation Health Plans	800
United HealthCare Corp.	810
Humana	590
Foundation Health Systems	380
PacifiCare Health Systems	400
Oxford Health Plans	160

(出典) Managed Care On-Line (<http://www.mcareol.com/factshts/factplan.htm>)

(4) 職域中心の市場

米国における健康保険の加入状況を見ると、民間保険に加入するもの、公的保険に加入するもの、そして無保険者という3つのカテゴリーに大別することが出来る。さらに、民間保険加入者は、職域ベースの団体保険（employment-based insurance）とそれ以外（other-private insurance）に分かれる。これらの分布状況を示したのが《図表10》であり、民間保険加入者が約7割を占めていることがわかる。また、民間保険加入者の内訳を見ると、圧倒的に職域加入者が多く、職域加入以外はごく少数にとどまっていることがわかる。

したがって、後述する保険会社のマーケティング

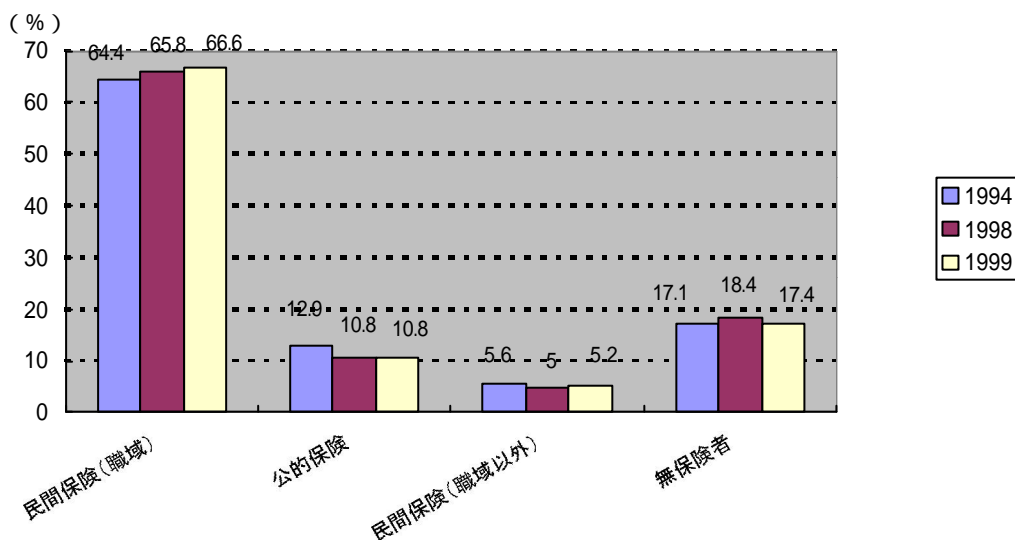
グでは、職域マーケットがいかに重要となっているかがわかる。逆に職域に属していない場合は無保険となる可能性が高く、失業率の高い州は、無保険者の比率も一般的に高い。

(5) 健康保険市場の規模と成長性

ここでは、ヘルスケア市場のうち健康保険市場の規模と成長性を米国健康保険協会（Health Insurance Association of America : HIAA）のデータを使って概観する。

加入者数の推移は《図表11》のとおりであり、営利型民間健康保険に関して言えば加入者の伸びははかばかしくない状況である。しかし、《図表12》に見られるとおり保険料収入は順調に伸びている。

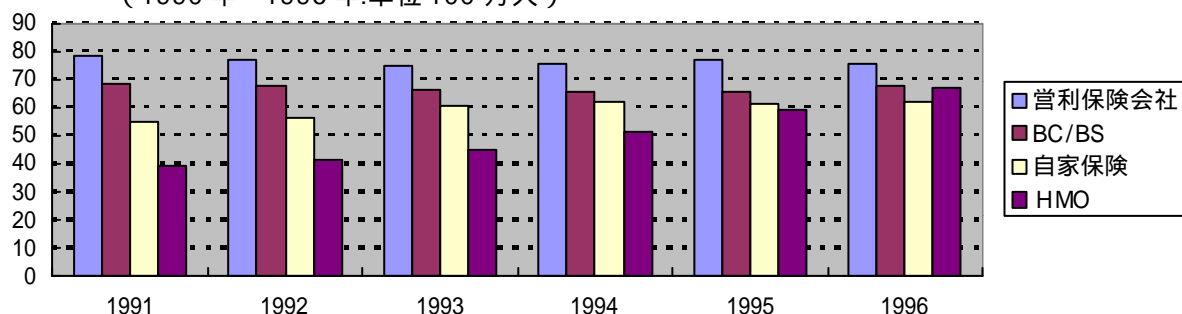
《図表10》 米国における健康保険加入状況³⁹



(出典) “Health Insurance – Characteristics and Trends in the Uninsured Population”, GAO-01-507T.

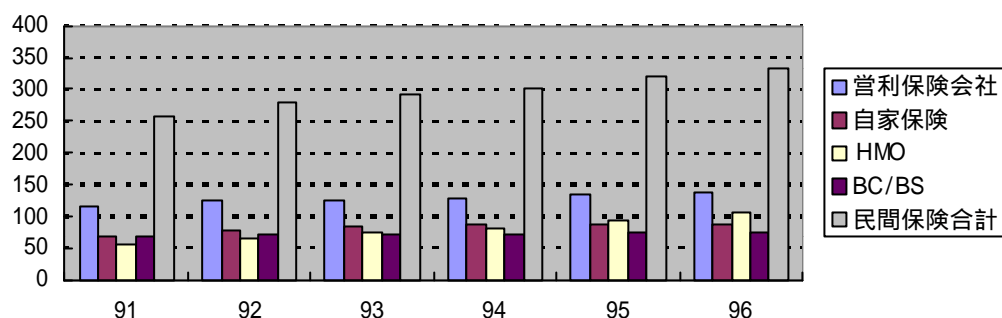
《図表11》 健康保険加入者数の最近の推移

(1990年～1996年:単位100万人)



(出典) Health Insurance Association of America, “Source Book of Health Insurance Data 1999・2000”, 1999

《図表 12》健康保険料収入の推移（単位 10 億ドル）



（出典）Health Insurance Association of America, “Source Book of Health Insurance Data 1999・2000”, 1999

（6）営利保険会社の健康保険事業の収益性

健康保険市場のうち、営利保険会社の収益性を A.M.Best 社および HCIA 社の資料によって概観すると次の通りである。

コンバインド・レシオ⁴⁰の推移

《図表 13》は、1989 年から 1998 年までの期間、営利保険会社の健康保険および傷害保険について、保険の引受により収益をあげているかを示すものである。

これによると、ここ 10 年の間にコンバインド・レシオが 100% を下回ったのは 1990 年と

1993 年の 2 年のみであり、他の年は 100% を超えている。すなわち保険の引受それ自体としては収益をあげていない状況である。

全米の HMO の業界全体の業績の平均値（1996 年～1998 年）

HCIA 社の HMO についてのデータによると、HMO 各社の総資産利益率（ROA）の平均値は、1996 年から 1998 年の 3 年間は連続してマイナスになっている。

《図表 13》 営利保険会社の収支の推移（健康保険および傷害保険）

年	収入保険料 (1,000 ドル)	損害率 (%)	経費率 (%)	コンバインド・レシオ (%)	正味引受損益 (1,000 ドル)
1989	46,346,718	79.8	20.9	100.7	-795,820
1990	48,989,797	78.0	21.3	99.3	509,165
1991	52,376,295	79.3	21.1	100.4	-149,565
1992	54,603,326	80.0	21.3	101.3	-497,449
1993	55,700,587	77.5	21.2	98.8	389,704
1994	57,328,846	78.9	21.5	100.5	-245,140
1995	59,939,486	82.2	21.9	104.1	-1,726,575
1996	61,645,413	81.5	22.4	103.8	-2,139,178
1997	60,758,131	81.6	23.3	104.9	-2,909,370
1998	61,728,974	80.0	24.6	104.6	-3,240,621

（出典）A.M. Best, “Best’s Aggregates & Averages Life-Health US, 1999 edition”, 1999

《図表 14》 HMO 業界の業績指標（中央値）

指標	1996 年	1997 年	1998 年
損害率	85.65%	87.27%	87.95%
経費率	16.17%	15.75%	14.72%
純利益率	-0.87%	-1.77%	-1.70%
総資産利益率	-1.65%	-4.66%	-4.36%

（出典）HCIA, “The Guide to the Managed Care Industry 2000”, 1999

2. 健康保険プランの概要

現在の米国では、マネジドケアが健康保険プランの主流を占めているが、一方で伝統的な出来高払いの健康保険（インデムニティ）に加入する者もあり、様々な健康保険プランが存在している。一方で、保険に加入していない無保険者も存在している。

本節では、まず多義的に使用されている「HMO」という用語について説明し、次にインデムニティとマネジドケアの違いについてまとめる。そして、マネジドケアにおける各種健康保険プランについて見ていくこととする。

（1）HMO（Health Maintenance Organization）

各種の健康保険プランについて説明する前に、「HMO」という用語の定義について、マネジドケアに関するコンサルタントが編集した解説書⁴¹を参照して整理しておく。そこでの解説は以下のとおりである。

「HMO」という用語の定義は、実質的に変化した。元来は、任意加入した会員が、予め決められた月額料金の対価として医療サービスを受けることが出来るという前払い制組織であった。自家保険や前払いによらない財源方式が出現したことによって、この定義は正確とは言えなくなった。現在、この用語が使用される場合には 2 つの可能性がある。1 つは、医療プロバイダーが医療費の支出についてリスクを負うような、HMO 法に定める健康保険プランを指す場合であり、もう 1 つは、予め登録されたかかりつけ医をゲートキーパーとする健康保険プランを指す場合である。ただし、後者の場合には、ゲートキーパー制を使用しない HMO もある⁴²。今では、定義が難しいために HMO という用語を使用せず、より緩やかな語

義として MCO《Managed Care Organization》を使うことがある」

つまり、「HMO」という用語は、広義にはマネジドケア型健康保険プランを提供する一般的な組織の呼称として使用される場合と、狭義には特定の健康保険プランの呼称として使用される場合とがある。なお、「MCO」はマネジドケア型健康保険プラン一般を指す場合に、「HMO」に代わって使用される場合がある。

以上の整理を踏まえ、本節では「HMO」を狭義で捉え、マネジドケア型健康保険プランの 1 タイプの呼称として使用する。

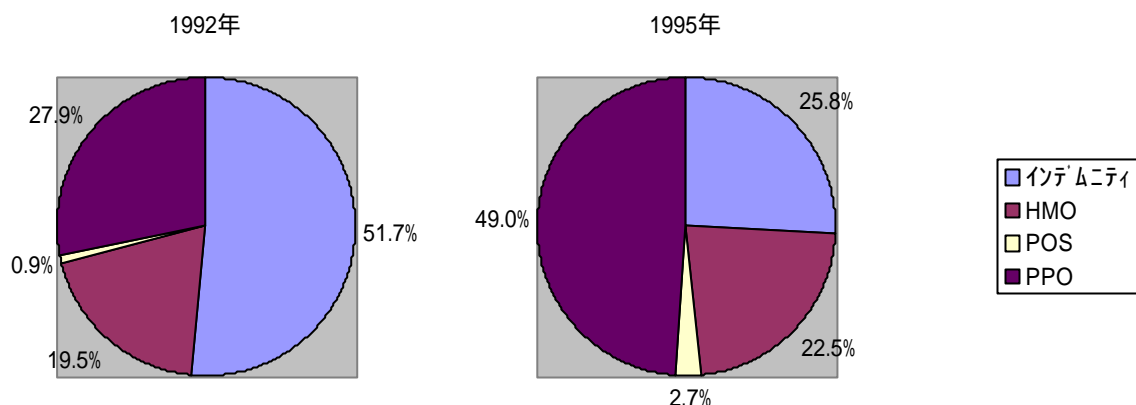
（2）インデムニティとマネジドケアの違い

民間健康保険プランは、伝統的な出来高払いの「インデムニティプラン」と「マネジドケアプラン」の 2 つに大別される。さらに、マネジドケア型プランに関しては、主に HMO、PPO、POS の 3 タイプに分かれる（3 タイプの具体的な内容については後述する）。1992 年および 1995 年における、民間健康保険加入者全体に占める各プランの割合を表示したのが《図表 15》である。同図表により、わずか 3 年の間にも、伝統的なインデムニティが減少していること、マネジドケア型プランでは PPO、POS タイプが増加していることがわかる。

インデムニティ

インデムニティは古くから提供されてきたプランであり、加入者は医療プロバイダーを自由に選択でき、制限を受けることなく医療サービスを楽しむことが出来る（但し、保険契約上、支払限度額、支払開始前の定額控除額《deductible》、定率の自己負担額《copayment》等は定められて

《図表 15》 民間健康保険における各プランの占める割合



(出典) Employee Benefit Research Institute, “EBRI Databook on Employee Benefits, 4th edition”, 1997

いる)。医療プロバイダーに対する支払いは、出来高払いによって行われ、医療関連の情報は医療プロバイダーが独占するという、医師の自由裁量を最大限に尊重したものである。一方、保険者の機能は、単なる保険料徴収や給付事務にとどまるものである。《図表 16》は、インデムニティの概要を示したものである。

民間保険の中では、加入者の選択の自由が最も大きい反面、保険料が最も高いのがインデムニティである。《図表 10》における民間保険加入者（職域以外）には、インデムニティが多いものと思われる。

マネジドケア

マネジドケアは、高騰する医療費の抑制を目的として、インデムニティに対抗して出現してきたものであり、用語の定義は多岐にわたる。一般的には、ヘルスケアのコスト、質、およびアクセスについて管理しようとするものである⁴³。比較的低廉な保険料で保険加入できるメリットがある反面、加入者の選択の自由は制限され、保険者が様々な介入を行うことが特徴である。保険者は、加入者から医師、病院へのアクセスを制限したり、医療プロバイダーの診療内容や診療期間についても管理を行う。また、保険者は医師や病院を選別し、ネットワークを構成する。自らのネットワーク内の医療プロバイダーと、ネットワーク外の医療プロバイダーとの差別化を行い、ネットワーク内の医療プロバイダーへアクセスするようなイン

センティブが働く仕組みをとることもある。

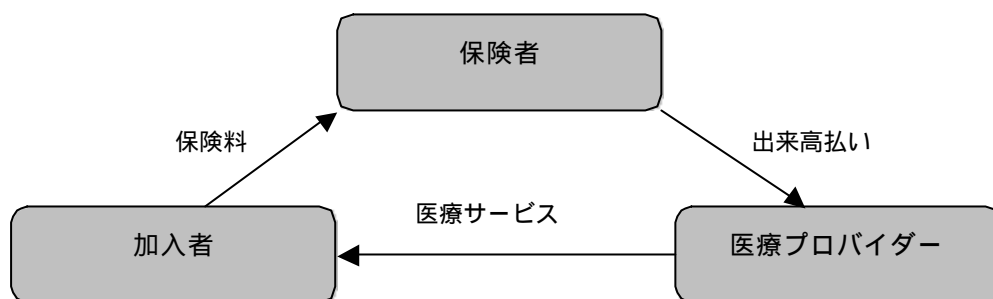
保険者から医療プロバイダーへの支払は、インデムニティのような出来高払いとは異なり、人頭払い（Capitation）の場合が多い。このことにより、出来高払いでは保険者にのみ存在した医療費リスクが、人頭払い導入によって医療プロバイダーサイドにも発生することになり、リスクを分担することが可能となる。《図表 17》は、マネジドケアの概要を示したものである。

以下、米国最大の HMO であるカイザーからのヒアリングをもとに、マネジドケアの具体的な手法を紹介する。

a. かかりつけ医（プライマリーケア医）の選択

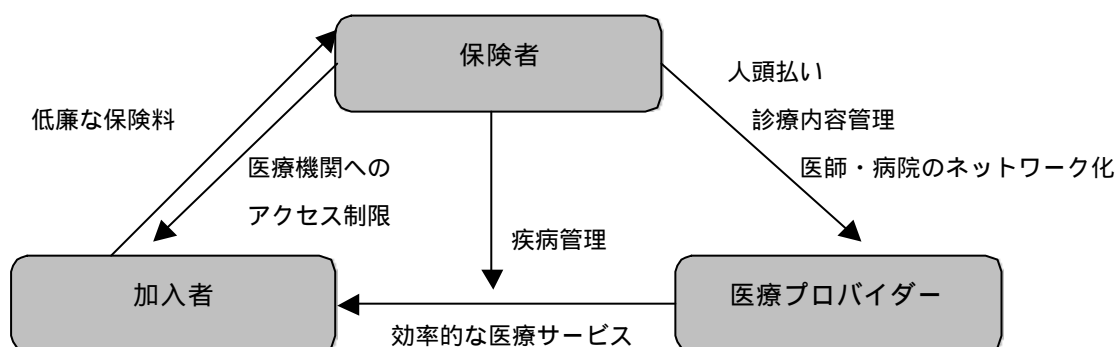
会員は、提携している病院の中からかかりつけ医を選択する。また、いつでもかかりつけ医を変更することが可能な場合と、厳格なゲートキーパー制を採用している場合がある。ゲートキーパー制は、医療費の高額な医療施設や専門医の濫用を避けるための制度であり、患者は、一人だけ指定されたかかりつけ医（主に内科医）を最初に訪問することが義務づけられる。利用する医療施設や専門医については、かかりつけ医の方針に従うこととなる。これは、マネジドケアの大きな特徴だが、最近ではアクセスの悪さに対する患者の不満も大きく、この制度を緩和する健康保険プランも増加している。会員は救急の場合以外は電話で予約を入れ、最初にかかりつけ医を訪問するように勧められているため、ゲートキーパー制によるマネジドケアの効果は確保しているものと考えられる。

《図表 16》 インデムニティの概要



(出典) 安田総合研究所にて作成

《図表 17》 マネジドケアの概要



(出典) 安田総合研究所にて作成

b. 診療の予約

会員は診療を希望する場合、受付センターで予約を行なう。当日予約も可能であり、多くの施設は夜間や土日の予約も可能である。受付センターでは、患者の症状を電話で確認し、緊急のため当日の診療が必要であるか、通常の予約で十分であるか、病院での治療が不要かを判断し、予約の手配または患者に対するアドバイスを行う。

この予約手続きは、ゲートキーパー制と同様に、患者が高額な医療施設を濫用することを防ぐ効果的な手段となっていると考えられる。カイザーの場合、例えば風邪の場合には患者は自分で直すことを勧められ、治療薬・お茶・チキンスープの入った風邪治療セットが送られる。このようなセットには他に、日焼け対応セット・アレルギー対応セットなどがある。

c. 緊急治療への対応

年中無休の緊急センターが完備しており、患者は緊急センターに問い合わせることにより、救急医療が必要であるかどうかアドバイスを受けることができる。

グループ外の医療施設における救急医療も対象となるが、その場合は 24 時間以内またはなるべく早期にカイザーに連絡しなければならない。また、サービス地域内であれば、グループ内施設を利用することによって治療が遅れ、死亡・障害・または患者の容態に危険をもたらすような場合に限られる。また、サービス地域内外を問わず、患者の容態がグループ内施設への移送もしくは訪問が可能なるまでに回復した場合は認められなくなる。

d. 治療プラン・医療施設の選択、期間管理

治療プラン、医療施設について、患者はかかりつけ医の指示に従う。例えばリハビリの場合、その必要性・有効性から一定期間毎に継続の可否

が判断される。

e．保険者から医療機関への医療費の支払方法

保険プランから医療機関への医療費の支払いは、患者一人当たりの定額人頭払いで、金額については毎年の交渉によって見直される。

f．予防医療

予防医療は、定期健康診断や予防接種の他、健康教育もサービスに含まれている。予防医療の発展は、マネジドケアの大きな特徴の一つである。

(3) マネジドケア型健康保険プラン

マネジドケア型プランは、前述のように HMO、PPO、POS の三種に大別される。最初に登場したのは、保険者サイドが主導する HMO であったが、それに対抗して医療プロバイダーが主導する PPO が登場してきた。さらに、PPO に対抗して再び保険者サイド主導で生み出されたのが POS である。以下に、それぞれの特徴について整理する。

HMO (Health Maintenance Organization)

1930 年代から 1940 年代初頭にかけて、従業員の福利厚生を目的としてつくられたグループ診療プランが最初のものである。HMO プランにおいて会員は一定の会費を支払えば、一定の自己負担額⁴⁴を負担して治療・予防・検診など幅広いサービスを受けることが出来る。

HMO は、その組織の形態から、通常 4 つに分類される。IPA HMO (Independent Practice Association model HMO) は、保険者が、独立した立場にある複数の開業医や医療プロバイダーグループと別個に契約している HMO である。グループ HMO (Group model HMO) は一つの医療プロバイダーグループとのみ契約している HMO、ネットワーク HMO (Network model HMO) は複数の医療プロバイダーグループと契約している HMO である。スタッフ HMO (Staff model HMO) は HMO 自身が医療機関を持ち、医師を雇用している。

HMO の特徴であるマネジドケアの手法は主に次の 3 点である。すなわち、第 1 にかかりつけ医への訪問を義務づけることによって、専門医や一般病院といった高額医療の濫用を防いだこと (ゲートキーパー制)、第 2 には、利用できる

医療プロバイダーが原則としてネットワーク内に限られていること、第 3 には、医療費の支払方法を人頭払い等の定額支払い制度とし、医療プロバイダー側にコスト・インセンティブを与えたことが挙げられる⁴⁵。マネジドケア型プランの中では、保険者の介入が最も大きく、加入者の選択の幅が最も小さいタイプと言える (《図表 18》参照)。

1970 年代から医療費増大の問題が発生し、保険料の高額化・無保険者の増加が問題となる中で、HMO はマネジドケアによる医療費抑制効果が注目された。1973 年の HMO 法によって制度として公認され、1980 年代に急拡大した。また、経営の効率化、医療プロバイダー側に対する価格交渉力の強化を狙って、M&A による統合も盛んとなった。

しかし、最近では、マネジドケアの行き過ぎに対する消費者、医療プロバイダーからの批判が高まっており、HMO の統合に対抗した医療プロバイダー側の統合や、消費者の出来高払式保険プランへの回帰などの現象も起こっている。また、医療へのアクセスの悪さに対する会員の不満に応じてゲートキーパー制を緩和、または全く使用しない HMO も普及してきている。

PPO (Preferred Provider Organization)

PPO は、1980 年代に急成長した HMO に対抗する目的から医療プロバイダー主導で創設されたものである。PPO とは、選別された医療プロバイダーグループが保険会社、自家保険採用企業等と提携し、交渉で取り決めた割引価格 (割引出来高払い) で医療サービスを提供する事業体である。PPO では、医療プロバイダーが一定規模の患者を集めることができる代わりに、医療費削減要求に応じる。割引価格ではあるが、出来高払いであるために、医師の自由は確保されている。これによって保険者はコストを削減でき、患者にとっても自己負担額を軽減できる。PPO では、患者がネットワーク内外の医療機関や医師を選択できる (ただし、ネットワーク内の医療機関の利用を促進するため、ネットワーク外の医療機関を利用した場合の自己負担額を大きくするなどの対策を取っている場合が多い)。患者にとっては医療機関へのアクセスが便利であるが、その分保険料は若干高くなっている。

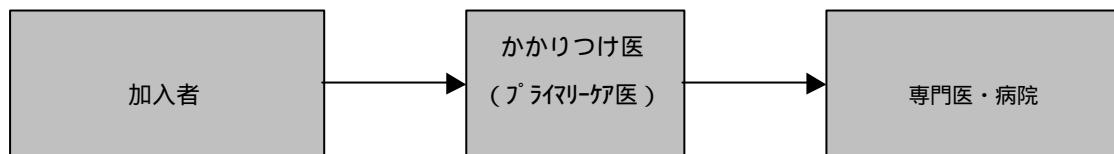
POS (Point-of-service plan)

医療プロバイダー主導で創設された PPO に対応した保険者サイドの動きとして、患者による医療へのアクセスの自由度を高めたプランが POS である。

POS は、HMO のオプション的な位置づけであり、ネットワーク内でのサービスを利用する場合には、かかりつけ医への訪問義務づけ、人頭払い

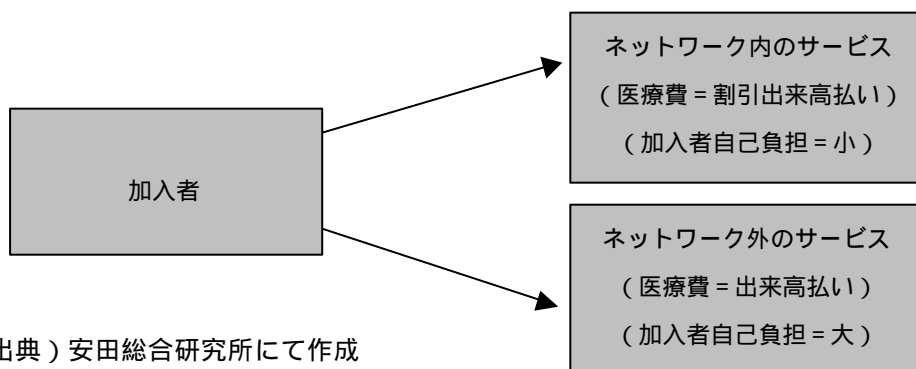
等の定額支払い制といった HMO の特徴が残っている。一方、ネットワーク外の医療プロバイダーを利用する場合には、医療費の支払いは出来高払いとなり、利用者の自己負担額は高くなる。このような制度上の特徴から、POS のマネジドケアの効果としては、HMO と PPO の中間的な位置にあると言える。

《図表 18》 医療サービスへのアクセス (HMO の場合)



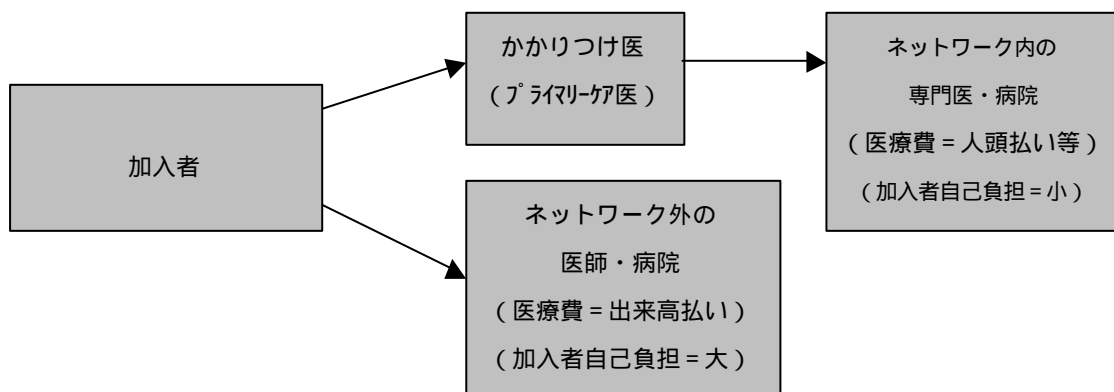
(出典) 安田総合研究所にて作成

《図表 19》 医療サービスへのアクセス (PPO の場合)



(出典) 安田総合研究所にて作成

《図表 20》 医療サービスへのアクセス (POS の場合)



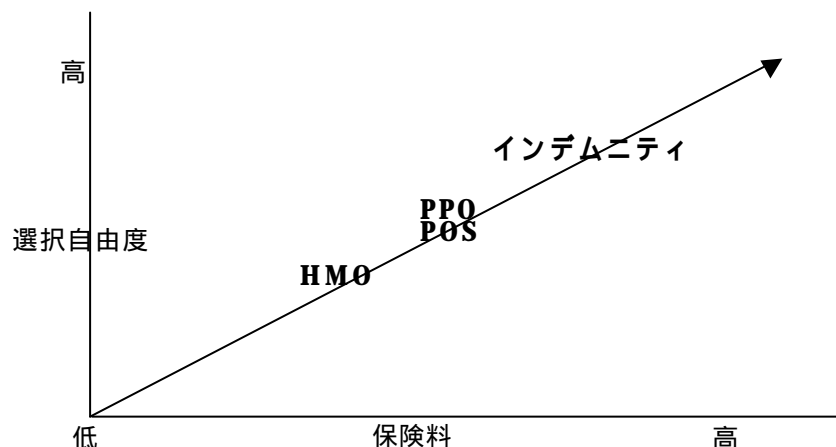
(出典) 安田総合研究所にて作成

（４）民間健康保険プランの比較

以上より、民間健康保険の違いを整理すると、加入者が医療機関、医療内容の選択を行う場合の自由度が最も大きいのがインデムニティであり、続いてマネジドケアにおける PPO が自由度が大きい。逆に自由度が低いのが HMO であり、POS は HMO

と PPO の中間的な位置づけとなる（《図表 21》参照）。また、近年における企業契約の健康保険プラン別保険料（年間一人当たり）の推移は《図表 22》の通りである。インデムニティの保険料が最も高く、HMO の保険料が最も安いことがわかる。

《図表 21》 民間健康保険プランの比較



（出典）安田総合研究所にて作成

《図表 22》 企業契約における健康保険プラン別の一人当たり年間保険料

健康保険プラン	一人当たり年間保険料（ドル）			
	1996 年	1997 年	1998 年	1999 年
インデムニティ	3,928	3,759	3,785	4,190
PPO	3,434	3,518	3,602	3,837
POS	3,584	3,588	3,731	3,826
HMO	3,350	3,307	3,379	3,596

（出典）William M. Mercer, “National Survey of Employer-sponsored Health Plans 1999”, 1999

３．米国ヘルスケア市場のプレーヤー

本節では、米国のヘルスケア市場を構成するプレーヤーの関係から、市場の構造を整理する。最初に、市場を構成する主要なプレーヤーである、利用者、保険者、医療プロバイダーの関係を示し、次に保険者間の競合関係について述べ、最後に市場を構成するその他のプレーヤーについて説明する。なお、本節において、「利用者」は健康保険プランによって便益を受ける企業（契約者）およ

びその従業員（被保険者）を指す用語として使用する⁴⁶。

（１）利用者、保険者、医療プロバイダーの関係 ３者の基本的な関係

ヘルスケア市場を構成する主要なプレーヤーは、利用者（契約者と被保険者）、保険者（保険会社等）、医療プロバイダー（医療機関、医師等）である。《図表 23》は、米国のヘルスケア市場で主流となっている企業職域の団体健康保険プラン

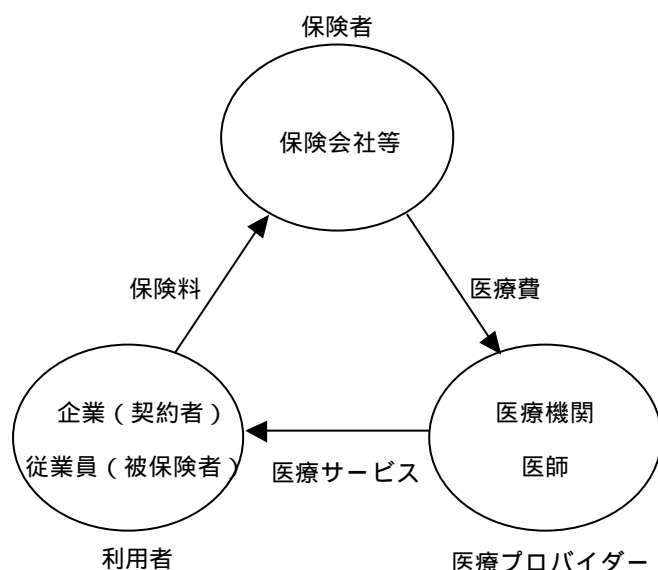
について単純に図式化したものであり、3 者の基本的な関係は以下のとおりである。

利用者：保険料負担、サービスの利用

保険者：保険料の受領、医療費支払い

医療プロバイダー：医療費の受領、サービス提供

《図表 23》 利用者、保険者、医療プロバイダーの基本的な関係



（出典）安田総合研究所にて作成

マネジドケアにおける 3 者の関係

マネジドケアが行われている場合、3 者には新たな関係が生じる。ここでは、伝統的インデムニティ型プランの場合と、保険者と医療プロバイダーがマネジドケア契約で組織化されている健康保険プランの場合とで比較してみる。

まず、インデムニティ型プランの場合、保険者と医療プロバイダーとの間には、特に契約関係はなく、利用できる医療プロバイダーは制限されていない。また、保険者は、保険契約で定められた支払限度額や自己負担額に基づいて、医療費の実費を出来高払いで医療プロバイダーに支払い、その医療費が合理的で慣行的なものである限り、支払を制限することはない。このため、3 者の関係は、前述した基本的な関係だけであり、利用者は保険者と医療プロバイダーとを別個に選択することになる。

一方、マネジドケアの場合、保険者と医療プロ

バイダーがマネジドケア契約によって組織化されており、保険者が医療プロバイダーのコストと質を管理するという関係が生じる。また、利用者が保険商品を選択する際には、利用できる医療プロバイダーについても考慮してプラン全体を選択するため、保険者にとっては、プラン内に抱える医療プロバイダーの質やバリエーションが契約者の獲得に影響を与えることになる。逆に、医療プロバイダーにとっては、契約する保険者の選択が患者の獲得に影響を与えることになる。

（2）健康保険の運営主体

米国のヘルスケア市場では、運営主体の異なる様々な保険者が競合している。以下、その中で代表的なものを挙げる。

営利保険会社

健康保険の大部分は、営利保険会社（相互会社を含む）によって提供されている。前述のとおり、保険会社はインデムニティ型の健康保険から健康保険事業を開始したが、現在では、HMO、PPO、POS 等のマネジドケア型の会員制組織に出資しているものも多い。

ブルークロス・ブルーシールド

病院や医師が主体となって設立された起源を持つブルークロス・ブルーシールドは、病院費用や医師費用を出来高払いで支払う非営利の民間組織として全米各地で発展してきた。約 60 の独立組織が、ブルークロス・ブルーシールド協会（Blue Cross Blue Shield Association）のもとに緩やかに結合している。現在では、マネジドケア型プランを提供しており、一部には、営利保険会社に転換したものもある。

非営利会員制組織

HMO、PPO、POS 等のマネジドケア型プランは、マネジドケア初期の段階では、ほとんどが非営利の会員制組織であった。企業が従業員の福利厚生のために、特定の医療プロバイダーグループと契約して会員制の健康保険組織を設立したのが始まりであり、全米最大の HMO であるカイザーはその代表例である。

医療プロバイダー

医療プロバイダーが健康保険事業を運営している場合もある。医療プロバイダーは、医療サービスの面で営業地域内に強固な顧客基盤を築いていれば、既存の保険者から契約者を奪取して、保険事業からも利益を得ることができる。また、自らが保険者となることにより、医療プロバイダーの立場から医療のコストと質の管理を独自に行うことが可能になる。医療プロバイダーが健康保険事業を運営する場合、既存の保険者の内部情報を、過去の取引（医療費の交渉等）を通じて把握しているという強みがある。保険者と医療プロバイダー間の価格設定（疾病や治療内容ごとの医療費）や、診療ガイドラインの内容といった情報を自らの事業戦略に生かすことができるからである。

1990年代から、医療プロバイダーが健康保険事業を運営する場合に限らず、医療機関や医師が組織化する動きを強めている。これは、医療サービス提供のコントロールを保険者から取り戻し、保険者に対する交渉力を高める動きであると捉える見方がある⁴⁷。ここでは、医療プロバイダーの組織化の形態として、IDSとPHOを取り上げる。

a . IDS (Integrated Delivery System)

IDSは、特定の集団に対して統合された一連のサービスを提供する医療プロバイダーのネットワークであり、その集団のヘルスケアについて、財政面、医療サービス面で責任を持つ。IDSは健康保険プランを所有するか、もしくは他の保険者と連携している。

b . PHO (Physician Hospital Organization)

PHOは、病院と医師グループが相互の利益を高め、取引上の目的を達成するために組織化したものであり、一般的には保険者との契約締結のみを目的としている。個々の医師は独立して患者の診療にあたるが、PHOとの協定にもとづいてマネジドケアを受け入れる。PHOは通常、病院と医師が共同で所有・管理している。

しかし、医療プロバイダーによる健康保険事業が必ずしも成功するとは限らない。競争の激しい健康保険市場において、十分に収益を上げられるだけの加入者を集められず、競合相手の保険者から医療プロバイダーとしての取引を停止されて医

療サービスの利用者まで失ってしまうケースも多いと言われている⁴⁸。

自家保険

自家保険は、企業自身が保険者となって従業員の医療費をカバーする方法である。1974年のERISA法において、州の規制に縛られない企業の自主的な健康保険運営が認められたことにより、急速に成長した。アメリカ会計検査院（GAO）の推計では、1993年時点で4,400万人がカバーされているとされる⁴⁹。

自家保険は、全額自家保険（totally self-insured）の場合と、最低保険料プラン（minimum premium plan：MPP）の2つに大別される。前者は企業が全面的に財政リスクを負うプランであり、後者は、企業が一定限度まで保険金を支払い、残りは保険料を最小限に抑えて外部の保険者が保険金を支払う、一部自家保険のプランである。自家保険においては、保険設計や保険金請求などの管理業務（administrative services）をアウトソーシングしている場合が多く、これをTPA（Third Party Administrator）と呼ばれる管理業務代行会社が行っている。TPAには、健康保険、就業不能保険等の従業員福利厚生分野を中心とする会社と、労災保険、賠償責任保険等の損害保険分野を中心とする会社がある。健康保険プランにおけるTPAの業務としては、医療プロバイダーネットワークとの契約交渉、健康保険プランの設計、自家保険会計の管理・報告、診療プロセスと薬剤給付の管理、従業員による医療プロバイダーへのアクセスの管理、従業員の加入管理事務、保険金支払事務、顧客企業および従業員向けの各種情報提供等があり、プラン運営の全般に関わっている。

《図表24》は、従業員500名以上の企業において、健康保険プランのタイプ別に自家保険採用企業の割合を示したものである。これによると、特にインデムニティとPPOにおいて自家保険の比率が高く、TPAが営利保険会社の競合相手として大きな存在であることが窺える。自家保険採用企業の割合は、健康保険の保険料水準の動向等の要因によって推移するが、近年その割合が低下傾向にあるのは、企業が医療コストの上昇による不安定性を外部の保険者に移転したいと考えてい

ることが要因であると指摘されている⁵⁰。

また、TPA は営利保険会社の取引先でもある。従業員福利厚生分野における TPA の最大手⁵¹である Benesight 社では、自家保険において 1 被保険者・1 年あたりの支払限度額を超過する医療

費をカバーするための保険（stop loss insurance）や、従業員向けの生命保険、長期就業不能保険（long term disability insurance）等を販売している⁵²。

《図表 24》 自家保険採用企業の割合（健康保険プランのタイプ別）

健康保険プランのタイプ	自家保険採用企業の割合（％）						
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
インデムニティ	74	70	70	72	68	72	68
PPO	77	71	72	73	73	70	67
POS	50	47	52	46	53	50	48
HMO	8	10	6	10	10	10	7

（注）従業員 500 名以上の企業が対象

（出典）William M. Mercer 社調査（Business Insurance, 2001.2.19）

（３）その他のプレーヤー

ヘルスケア市場を構成する主要なプレーヤーは、利用者、保険者、医療プロバイダーの 3 者だが、3 者が効率的に取引するためには各種のサービスが必要となる。《図表 25》は、3 者をつなぐサービスについて例示したものである。ここでは、利用者による医療プロバイダーや保険者の選択に関するサービスとして、福利厚生コンサルティング会社と認証・評価機関を取り上げる。

福利厚生コンサルティング会社

ヘルスケア、労災、退職・年金制度等、企業の従業員福利厚生全般に関するコンサルティング業務を行っている。その業務は、福利厚生の計画・立案、保険会社やブローカーの選定、コスト管理、事故管理、従業員への広報・教育等、幅広い。世界最大の保険ブローカーである Marsh & MacLennan グループのメンバー会社の William M. Mercer 社等、大手コンサルティング会社では、米国内の大企業を中心として、多国籍企業の各国現地法人における福利厚生制度を管理する業務も行っている。なお、前述の TPA もコンサルティング会社の一つであると考えられる。

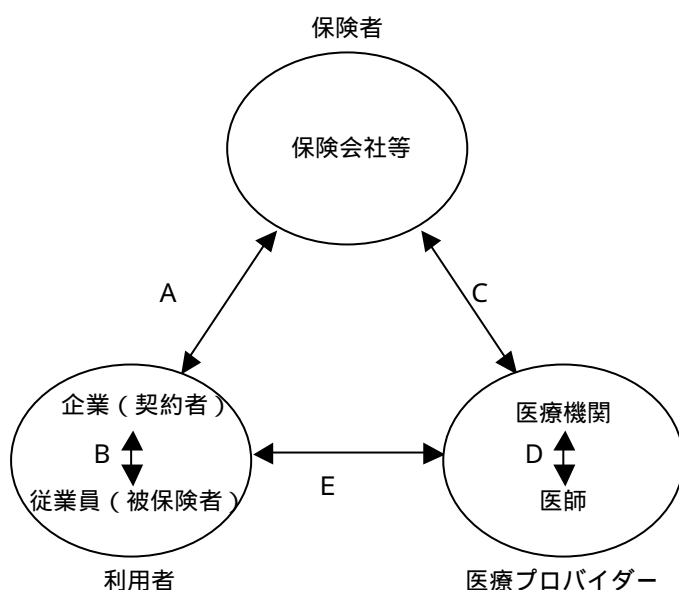
認証・評価機関

これまで述べてきたとおり、米国のヘルスケア市場では様々な運営主体が様々な健康保険プランを提供しており、保険者、医療プロバイダーの競合関係は複雑に絡み合っている。このような市場では、利用者が医療プロバイダーや健康保険プランを選択するための情報サービスとして、第三者による認証・評価が必要となる。

医療プロバイダーの認証機関である JCAHO（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization）は、病院、ナーシング・ホーム、ホームケア等の医療プロバイダーを評価する非営利組織で、約 50 年の歴史を持つ⁵³。医療機関の機能ごとに定められた詳細な評価基準⁵⁴をもとに医療プロバイダーを認証して結果を一般に公開しており、認証情報は利用者、保険者による選択に利用されている。

一方、医療プロバイダーだけでなく、健康保険プラン全体を認証する機関としては 1979 年に設立された NCQA（National Center for Quality Assurance）がある。NCQA は HEDIS（Health Plan Employer Data & Information Set）という評価基準をもとに健康保険プランを評価・認証しており、この情報は主に健康保険プランを選択する企業によって活用されている。

《図表 25》ヘルスケア市場における様々なサービスの例



（Aの例）

- ・福利厚生コンサルティング
- ・保険者の認証・評価

（Bの例）

- ・従業員への医療情報提供
- ・団体募集、契約管理事務等

（Cの例）

- ・医療費の請求・支払事務
- ・医療プロバイダーの評価

（Dの例）

- ・医療費の請求・支払事務

（Eの例）

- ・医療プロバイダーの評価

（出典）安田総合研究所にて作成

4．保険会社のマーケティング

《図表 10》に示したとおり、米国の健康保険加入者の大半は、企業等の従業員である。多くの企業は、福利厚生制度の一環として従業員（およびその家族）に健康保険を提供し、保険料の全部または一部を負担しているからである。以下では、企業を中心とした団体マーケットにおける営利保険会社のマーケティング手法を整理する。

なお、本節の内容は、健康保険プランの運営に関わる実務書の内容を中心にまとめたものであり、使用した文献は以下のとおりである。

・健康保険の業界団体が作成した会員向け教育テキスト - Health Insurance Association of America, “*The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works*”, 2000

・マネジドケアに関するコンサルタントが編集した解説書 - Peter R. Kongstvedt, ed., “*The Managed Health Care Handbook, 4th edition*”, Aspen Publication, 2000

・医療スタッフ向け教育機関によるテキスト - Academy for Healthcare Management, “*Managed Health Care : an Introduction, 2nd edition*”, 1999

・消費者向けの保険購入ガイド - “*The Insurance Buying Guide, A Practical Method for Figuring Out How Much-and What kind of-insurance You Need, 1st Edition*”, Silverlake Publishing, 1999

（１）団体健康保険のマーケット

団体の種類

団体マーケットの中心は、個別企業の団体契約であり、契約件数の約 90%を占める⁵⁵。また、保険会社、ブローカー、コンサルタント等のアレンジにより、複数企業の連合体が契約者になっている場合もある。

その他のマーケットとしては、商工団体、専門職業人等の個人の団体、労働組合、金融機関等がある（金融機関は、ローン利用者を被保険者とする団体信用健康保険のマーケットである）。

団体のサイズとその特徴

米国では、団体マーケットを団体のサイズ（被保険者数）でセグメントすることが多い。その一例は、企業のサイズを、大規模（500 名以上）、中規模（100～500 名）、小規模（100 名未満）の 3 つに区分するもので、それぞれの特徴は以下のとおりであるとされる⁵⁶。これによると、団体の規模が大きくなるほど、顧客のニーズに応じ

た柔軟性のあるプランが求められることがわかる。

a．大規模（500 名以上）

契約数ベースではマーケットの 10%だが、保険料ベースでは 50%以上を占める。契約内容は契約者の特性に応じたテーラーメイドで、管理業務の手続きについても顧客のニーズに併せて設計される場合が多い。

b．中規模（100～500 名）

契約数ベースでマーケットの 10%を占める。契約者は主に、低価格、プラン設計の柔軟性、サービスの質を求める。契約内容は、小規模団体に比べると、給付内容の設計や管理業務に柔軟性がある。

c．小規模（100 名未満）

契約数ベースでは、団体健康保険マーケットの 80%を占める。契約者は、低価格かつ簡便な管理手続きで、大規模団体と同様のサービスの種類と質を実現したいと考えている。

一方、健康保険プランのマーケティングにおいては、全国的な市場がなく、地域ごとにニーズが異なるという特徴がある⁵⁷。このため、団体のサイズによって健康保険プランの選択行動が決定されるという考え方に対し、最近では、企業経営者のマネジドケアに対する意識、地域におけるマネジドケアの成熟度、企業の事業所が多くの州にまたがっているかどうか、といった他の条件の方がより重要であるとの考え方もある⁵⁸。

（2）販売チャネル

健康保険の販売チャネルには、代理店、ブローカー、従業員福利厚生コンサルタント（employee benefit consultant）、保険会社の団体担当営業職員（group representative）がある。

代理店は、小規模から中規模の団体を中心に販売し、ブローカーや福利厚生コンサルタントは、中規模から大規模の団体を中心に営業している。大規模団体については、健康保険専門のブローカーや、健康保険部門を持ち多種類の保険を扱う大手ブローカー会社が中心的な販売チャネルである。特に後者は、他の保険についても企業等の経

営者層に対するアドバイスを行っており、顧客の業務内容やニーズを把握しているという点で、大規模団体マーケットでは有利であると言われる⁵⁹。

ブローカーやコンサルタントの業務は、健康保険の販売のみならず、保険プランの設計、保険者の選択、管理業務など幅広く、自家保険の TPA 業務まで手がけている場合もある。

団体担当営業職員の主な業務は、次に述べる販売プロセスの全般にわたって代理店やブローカーをサポートすることであるが、大規模な団体に対しては直接販売する場合もある。

（3）販売プロセス

ここでは、企業の団体契約における販売プロセスについて、「見込み客の検討、ニーズの把握」、「企画の作成、プレゼンテーション、成約」、「加入者の募集」という 3 段階に分けて、概略を説明する。

見込み客の検討、ニーズの把握

販売プロセスは見込み客の検討から始まるが、検討の対象となるのは、新規契約者、既取引先の契約更改、現在利用されていない販売チャネルである。見込み客へのアプローチ、企画の作成に必要な企業情報やニーズの把握もこの段階で行われる。見込み客の検討は、団体担当営業職員との協力により、代理店・ブローカーが行うが、企業からの企画募集（request for proposals：RFP）による場合もある。

企画の作成、プレゼンテーション、成約

見込み客が決定されると、次に、見込み客のニーズに合わせた企画を作成する段階に入る。通常、団体担当営業職員と本社の職員が企画の作成に参加し、アンダーライティングもこの段階で行われる。企画には、健康保険の基本的な保障内容や保険料だけでなく、利用できる医療プロバイダーのネットワーク、予防医療・メンタルヘルス等を含む全体的なサービスプログラム、管理業務等の幅広い提案が盛り込まれる。

作成された企画は、団体担当営業職員が直接、または代理店・ブローカーを通してプレゼンテーションされ、企画が採用されれば、とりあえず企

業との契約が成立する。

加入者の募集

企業との契約が成立すると、従業員に対して直接加入者を募る段階に移る。団体契約においては、企業が保険会社に対して、最低限必要な加入者数（全従業員中の割合や加入者の実数）を求めている場合が多く、加入者が集まらなければ契約は成立しないことになる。従業員は、現在加入している健康保険プランと新しいプランとを比較し、従業員自身が保険料を負担するオプション等を含めて加入するプランを検討する。このため、保険会社は、従業員向けに案内冊子等を用意して自社のプランをアピールし、社内広報や代理店・ブローカーによる営業等によって、加入者を募集する。加入者の募集が終わると、保険会社は加入者カードの発行等、加入に伴う諸手続きを行い、加入者へのサービスが開始されることになる。

（４）保険会社が提供するもの

本章第３節で述べたとおり、マネジドケア型の健康保険プランにおいては、利用できる医療プロバイダーも含めたプラン全体が選択される。つまり、保険会社が提供するものは、「顧客に対して、質の高い医療サービスを手頃な価格で提供するために必要な、様々な構成要素を結びつけたデリバリーシステム」⁶⁰である。

そして、その構成要素としては、保険料を受け取って医療費を支払うという健康保険の基本的な機能に加え、医療サービス、管理業務、およびその他の付帯サービスが含まれる。具体的には、医療プロバイダーのネットワーク（種類・数・質）、予防医療・メンタルヘルス・歯科・在宅医療等を含む統合された医療サービスプログラム、医療コストと質のマネジメント、医療費等の統計データの報告、従業員向け付帯サービス（24 時間健康相談、旅行時サービス等）等である。

本節では、主に販売手法の面から保険会社のマーケティング手法を整理した。以上の整理から、保険会社が提供しているのは、狭い意味での保険商品ではなく、顧客の多様なニーズを満たすデリバリーシステムの構築そのものであると言える。

・米国ヘルスケア市場の最近の動向

本章では、米国ヘルスケア市場における 1999 年から 2001 年を中心とした最近の動向について、保険者サイドから見て関連の深いと考えられる二つの項目について整理する。すなわち、患者の権利保護に関する最近の立法化の動きと、保険者の競争環境についてである。

１．患者の権利保護に関する最近の動き

マネジドケアの普及に伴い、医療に対しての保険者による管理、介入に対する社会的批判の動きが出てきている。米国における近年の医療制度改革において、患者の権利保護と関連の深いものを中心に整理を行う。まず最初に、クリントン政権下での動向をまとめ、次に現在も討議されている「患者の権利法案」制定の動きについて整理することとする。

（１）クリントン政権下での動向

クリントン政権下では、患者の権利保護のための立法がなされた。以下にその内容についてまとめることとする。

「健康保険の携行性と責任に関する法律」（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 : HIPPA）の成立（1996 年 8 月）

国民皆保険構想は失敗に終わったが、クリントン政権の時期に健康保険加入者の権利を強化する「健康保険の携行性と責任に関する法律」が新たに立法された。同法の主なポイントは《図表 26》の通りである。病歴による保険適用除外を制限したことや、健康状態による差別を禁止したこと等によって、健康保険加入者の権利が拡大したものである。しかしながら、新法の施行によって恩恵を受けたのは健康保険加入者であり、無保険者にとっては何らメリットのあるものではなかった。

「均衡予算法」（Balanced Budget Act of 1997）成立（1997 年 8 月）

また、上記の「健康保険の携行性と責任に関する法律」に続いて、クリントン政権の時期に制定された「均衡予算法」にも患者の権利保護に関する内容が含まれていた。同法は、医療費抑制のための各種施策を講じる一方で、メディケアへの医

療費用非課税口座の試験的導入が特筆すべきものとして挙げられる。この医療費用非課税口座は、比較的安い保険料で免責金額の高い高額医療費用保険に加入していることを条件に、優遇税制を伴う口座の開設を認めるというものである。各口座の貯蓄は、利用者の日常の医療費として支出され、高額な医療費支払いに対しては高額医療費用保険でカバーする仕組みとなっている。上述の「健康保険の携行性と責任に関する法律」では現役世代を対象としたのに対し、高齢者世代のメディケア受給層を対象とした点が異なる。今般の試験的導入の結果によっては、対象範囲を拡大させていく可能性もある。なお、「均衡予算法」の主なポイントは、《図表 27》の通りである。

《図表 26》「健康保険の携行性と責任に関する法律」のポイント

- ・病歴条件による保険適用除外の制限
- ・健康状態による差別の禁止
- ・小企業からの健康保険申込みを拒絶することを禁止
- ・団体健康保険の更新拒絶を禁止
- ・団体健康保険の給付制限を行った場合は、情報公開義務を保険会社が負う
- ・現役世代に対する医療費用非課税口座⁶¹ (Medical Saving Account) の試験的導入

(出典) 安田総合研究所にて作成

《図表 27》「均衡予算法」のポイント

- ポイント
- ・病院に対する償還水準の引き下げ
 - ・卒後教育病院に対する報酬水準の引き上げ
 - ・定額払い制を、従来の入院のみから外来、ナースিংホーム、在宅ケアへも拡大
 - ・医師に対する診療報酬の見直し
 - ・不正請求のチェック強化
 - ・メディケア・チョイス・プログラムの普及促進
 - ・メディケアへの医療費用非課税口座の試験的導入

(出典) 安田総合研究所にて作成

(2) 「患者の権利法」の立法を巡る動向

近年、HMO に対する患者からのクラスアクションが数多く見られるが⁶²、その大半は、

HMO の支払拒絶によって十分な医療を受けることが出来なかったという理由によるものであり、マネジドケアによる医療費抑制の動きに反発する潮流が根強くある。従来、連邦法である ERISA 法が州法に優先する専占条項によって、HMO の被保険者である患者が、HMO に対して州法上の不法行為訴訟を提起することは認められていなかった。

しかし、HMO の行き過ぎた医療費削減が国民的な問題と認識されるようになり、州においても患者が HMO を提訴できるような流れとなってきた。1999 年以降、HMO に対する相次ぐクラスアクションが提起された。HMO に対する批判が高まる中、「患者の権利法案 (Patients' Rights Bill)」を立法化することによって、患者の権利を擁護しようという動きが強まっている。

「患者の権利法案」が立法化されると、患者の HMO に対する提訴が可能となり、患者にとってその救済が容易になる。2000 年の米国大統領選挙においても、ブッシュ、ゴア両候補が政策課題として掲げていたものの一つであった。連邦下院議会では、共和党・民主党の超党派案である「患者の権利法案」が幾度か可決されており、専門医へのアクセス、救急治療室の利用、給付拒絶の場合の異議申し立てについて患者の権利を拡大するものである。しかしながら、対象者や HMO 提訴権の付与等について、上院、下院間での意見に相違があり、連邦法の成立には至っていない。

2001 年 6 月 29 日、民主党が優勢である上院議会では、賛成 59、反対 36 をもって「患者の権利法案」が可決された。上院案では、患者が HMO を提訴できる範囲に関して、非経済的損失 (non-economic damage) については 500 万ドルを上限とするというものであるが、ホワイトハウスでは 50 万ドルを上限とすべきであるという考え方が主流であり、ブッシュ大統領は拒否権を発動するものと見られている⁶³。

一方、保険者サイドから見ると、同法の制定によって患者が HMO を提訴できる権利を獲得することから、提供する医療の質とコストに関して、今まで以上に配慮しなければならなくなることが考えられる。米国健康保険協会では、同法によってヘルスケアの質が改善されることはなく、100 万人ものアメリカ人が民間健康保険を失うと

いう状況を引き起こすであろうと見ている。その理由として、高額で際限のない訴訟に曝されることによって、ヘルスケアコストの上昇に拍車がかかることになり、その結果、無保険者の増加につながるということを挙げている⁶⁴。以上のように、保険者サイドは「患者の権利法案」に対してネガティブな見方を示している。このように、営利保険会社の事業環境にとって、重要な環境変化をもたらす可能性がある動きである。

2. 保険者の競争環境

米国ヘルスケア市場における保険者は、近年厳しい環境下にある。リザルトの悪化にともない、医療費支出を抑制しようとする傾向が各社に見られたが、上述のように医療費支払拒絶によって患者が死亡するなど問題も散見され、それを理由とする訴訟も数多く見られる⁶⁵。生命保険会社がヘルスケア市場から撤退する一方で、損害保険会社は規模の拡大によって利益追求を図ろうとする合併・買収の動きが続いている。

Conning 社による調査⁶⁶では、ヘルスケア・マネジドケア部門における 1999 年の合併・買収件数は 55 件であり、これは 1998 年の 76 件を下回るものである。また、合併・買収による取引金額合計は、1998 年の 52 億ドルから 1999 年は 15 億ドルに低下した（《図表 28》参照）。しかしながら、今日の米国ヘルスケア市場は、エトナ社、ユナイテッド・ヘルスケア社、シグナ社等の大手社による寡占状況にあり、大規模な買収先を見つ

けることが難しいため取引金額が小さくなっているのは当然のことであるとしている。ただし、統合の動きは継続的に見られるものと考えられ、州や地域レベルで新たな買収・合併のターゲットを通じてネットワークを拡大していこうとするものである。

A.M.Best 社のレポート⁶⁷では、マネジドケア訴訟の続発や医療費高騰で厳しい環境が続いており、健康保険プランにおける利用者の選択自由度はますます高まる傾向にあるとしている。保険者は、健康保険プランの見直しと適正な保険料を算出し直す新たな局面に位置しているとしている。エトナ社グループが発表した 2001 年度第 1 四半期の業績⁶⁸では、医療費支出の増大によって当初見込みを大きく下回る収益となるに至っている。株価は年初から大きく低下しており⁶⁹、まだまだ厳しい環境下にあると言えよう。

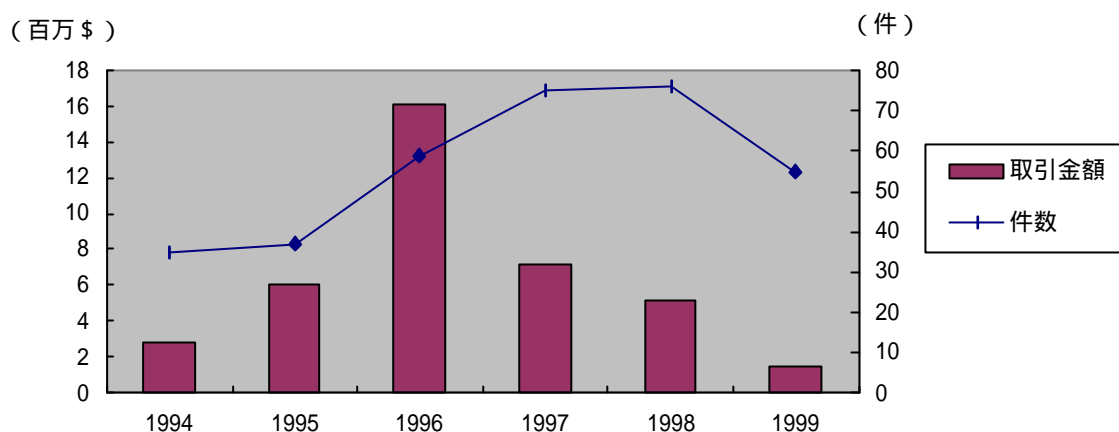
また、保険者の競争環境の変化も続いている。マネジドケア型健康保険プランについては利用者主導、医療プロバイダー主導、保険者主導等の設立主体によって、サービス内容には差異がある。これらのサービス内容は、設立主体の自由な競争の中から相互に影響を与えながら生まれてきたものであり、現在もその発展が続いている。なお、ブッシュ現政権における医療制度改革案の動向については現在進行形の形であり、今後の展開によっては保険者の競争環境に影響を与える可能性がある。

《図表 28》 米国ヘルスケア・マネジドケア部門における 1999 の合併・買収

	件数	取引金額（百万 \$）
第 1 四半期	12	223.8
第 2 四半期	17	449.4
第 3 四半期	14	628.0
第 4 四半期	12	200.0
合計	55	1,501.2

（出典）Conning, "Mergers & Acquisitions and Public Equity Offerings", 2000

《図表 29》 米国ヘルスケア・マネジドケア部門における合併・買収の動き



(出典) Conning, "Mergers & Acquisitions and Public Equity Offerings", 2000

< 参考資料 >

- ・米国保険情報協会編著、安田総合研究所訳「ザ・ファクトブック 2001」(安田総合研究所、2001)
- ・荒木由起子「米国における HMO 訴訟と HMO 事業の見直し」(安田総研クォーター Vol.33、2000)
- ・週刊社会保障編集部編「欧米諸国の医療保障」(法研、2000)
- ・廣瀬輝夫「こんなにも違う日米医療」(秀明出版会、2000)
- ・藤川恵子「米国マネジドケアの発展と ERISA 専占条項」(海外社会保障研究 SPRING 2000 No.130)
- ・藤田伍一・塩野野祐一編「先進諸国の社会保障アメリカ」(東京大学出版会、2000)
- ・李啓充「アメリカ医療の光と影」(医学書院、2000)
- ・アンドル・アッカバウム共著「アメリカ社会保障の光と陰」(大学教育出版、2000)
- ・T.S. ボーデンハイマー共著「アメリカ医療の夢と現実」(社会保険研究所、2000)
- ・西田在賢「マネジドケア医療革命」(日本経済新聞社、1999)
- ・広井良典編著「医療改革とマネジドケア」(東洋経済新報社、1999)
- ・池上直己「ベーシック医療問題」(日本経済新聞社、1998)
- ・(財)医療経済研究機構編著「医療白書 1997 年

版」(日本医療企画、1997 年)

- ・田中滋「医療経済とヘルスエコノミクス」(日本評論社、1993 年)
- ・Conning, "Insurance Trends, Annual Statistical Supplement", 2001
- ・Conning, "Insurance Trends, Second Quarter", 2001
- ・Insurance Information Institute "The Fact Book 2001", 2001
- ・Peter R. Kongstvedt, ed., "The Managed Health Care Handbook, 4th edition", Aspen Publication, 2001
- ・"Self-Insurance : Property/Casualty & Employee Benefits", Business Insurance, 2001.2.19
- ・A.M. Best, "Best's Managed Care Reports HMO US, 2000 edition", 2000
- ・Conning, "Insurance Trends, Forth Quarter", 2000
- ・Conning, "Mergers & Acquisitions and Public Equity Offerings", 2000
- ・Conning, "The Blue Cross and Blue Shield Plans, Past, Present and Future", 2000
- ・Health Insurance Association of America "The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works", 2000
- ・Jill Mathews Yegian, "Size Matters : The Health Insurance Market for Small Firms",

2000

- Kennes Black Jr. & Harold D. Skipper, Jr., *"Life and Health Insurance, 13th edition"*, Prentice-Hall, 2000
- Academy for Healthcare Management, *"Managed Health Care : An Introduction, 2nd edition"*, 1999
- A.M. Best, *"Best's Aggregates & Averages Life-Health US, 1999 edition"*, 1999
- American Council of Life Insurers , *"Life Insurance Fact Book 1999"*, 1999
- Diana Bartlett, James Unland, *"Structuring Provider Networks for the New Healthcare Consumer"*, McGraw-Hill, 1999
- HCIA, *"The Guide to the Managed Care Industry 2000"*, 1999
- Health Insurance Association of America, *"Source Book of Health Insurance Data 1999 · 2000"*, 1999
- National Association of Insurance Commissioners, *"Statistical Compilation and Market Share Report for Accident and Health Insurance Companies and Health Maintenance Organizations in 1998"*, 1999
- Robert A. Bourgeois, *"Building Strategic Relationships for Managed Care"*, McGraw-Hill, 1999
- Sheryl Tatar Dacso & Clifford C. Dacso, *"Managed Care Answer Book, 3rd edition"*, Panel publication, 1999
- *"The Insurance Buying Guide, A Practical Method for Figuring Out How Much-and What kind of-insurance You Need, 1st Edition "* , Silver Lake Publishing, 1999
- William M. Mercer , *"National Survey of Employer-sponsored Health Plans 1999"*, 1999
- A.M. Best, *"Best's Managed Care Reports HMO US, 1998 edition"*, 1998
- Bruce S. Pyenson, ed., Milliman & Robertson, Inc., *"Managing Risk, A Leader's Guide to Creating a Successful Managed Care Provider Organization"*, AHA Press, 1998
- Conning, *"Affinity Marketing, Old Formula... New Solutions"*, 1998
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare, *"Lexikon Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms, 2nd edition"*, 1998
- Richard Rognegaugh, *"The Managed Health Care Dictionary, 2nd edition"*, Aspen Publication, 1998
- Conning, *"From Medical Malpractice to Managed Care Liability, Fifty Ways to Meet the Future"*, 1997
- Conning, *"Managed Health Care Quality, Achilles' Heel or Competitive Advantage?"*, 1997
- Employee Benefit Research Institute, *"EBRI Databook on Employee Benefits, 4th edition"*, 1997
- Gregg. L. Mayer & 田中滋, *"Managed Care Development and Innovations in the US, and their Policy Implications for Japan"*, 医療と社会 Vol.7, 1997
- Health Insurance Association of America, *"Fundamentals of Health Insurance"*, 1997
- Peter R. Kongstvedt, *"Essentials of Managed Health Care, 2nd edition"*, Aspen Publication, 1997
- Regina Herzlinger, *"Market Driven Healthcare, Who Wins, Who loses in the Transformation of America's Largest Service Industry"*, Addison-Wesley Publishing, 1997
- Sheryl Tatar Dacso & Clifford C. Dacso, *"Managed Care Answer Book, 2nd edition"*, Panel publication, 1997
- Brian H. Breuel , *"The Complete Idiot's Guide to Buying Insurance and Annuities"*, Alpha books, 1996
- Health Insurance Association of America, *"Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care Part A"*, 1996
- Health Insurance Association of America, *"Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care Part B"*, 1996
- Louis C. Gapenski, *"Financial Analysis & Decision Making for Healthcare*

Organizations”, McGraw-Hill, 1996

- Peter Boland, *“Redesigning Healthcare Delivery, A Practical Guide to Reengineering, Restructuring, and Renewal”*, Boland Healthcare, 1996
- Peter Boland, *“The Capitation Sourcebook, A Practical Guide to Managing At-Risk Arrangements”*, Boland Healthcare, 1996
- Ronald M. Andersen, Thomas H. Rice, Gerald F. Kominski, ed., *“Changing the U.S. Health care system, Key Issues in Health Services, Policy, and Management”*, Jossey-Bass Publishers, 1995
- Employee Benefit Research Institute, *“EBRI Databook on Employee Benefits, 3rd edition”*, 1995
- Miriam K. Mills & Robert H. Blank, ed., *“Health Insurance and Public Policy”*, Greenwood Press, 1992
- Dennis W. Goodwin, *“Life and Health Insurance Marketing”*, Life Office Management Association, 1989
- Davis W. Gregg & Vane B. Lucas, *“Life and Health Insurance Handbook 3rd edition”*, Irwin, 1973
- O.D. Dickerson, *“Health Insurance, 3rd edition”*, Irwin, 1968
- Bertram Harnett & Irving I. Lesnick, *“The Law of Life and Health Insurance”*, LEXIS Publishing

¹ Harvey W. Rubin, “Dictionary of Insurance Terms – fourth edition”, Barron’s, 2000 の定義より。

² 米国保険情報協会編著、安田総合研究所訳「ザ・ファクトブック 2001」(安田総合研究所、2001) p.19

³ TPA については、第 4 章第 2 節で詳述する。

⁴ Peter R. Kongstvedt, ed., *“The Managed Health Care Handbook, 4th edition”*, Aspen Publication, 2001, pp.4-15

⁵ HMO (Health Maintenance Organization)

という用語は多義的に使用されている。詳細は、第 4 章第 2 節を参照。

⁶ IDS、PHO については、第 4 章第 2 節を参照。

⁷ Bruce S. Pyenson, ed., Milliman & Robertson, Inc., *“Managing Risk, A Leader’s Guide to Creating a Successful Managed Care Provider Organization”*, AHA Press, 1998, p.66

⁸ Davis W. Gregg & Vane B. Lucas, *“Life and Health Insurance Handbook 3rd edition”*, Irwin, 1973, p.1105

⁹ Health Insurance Association of America *“The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works”*, 2000, p.160

¹⁰ <http://www.aetna.com/history/1899all.htm> (visited Jul.5.2001)

¹¹ Health Insurance Association of America *“The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works”*, 2000, pp.161-162

¹² <http://www.cigna.com/general/about/history/timeline.html> (visited Jul.5.2001)

¹³ Health Insurance Association of America *“The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works”*, 2000, p.162

¹⁴ 同上、p.163

¹⁵ 今日では、最初の HMO であると言われる。この件については、Peter R. Kongstvedt, ed., *“The Managed Health Care Handbook, 4th edition”*, Aspen Publication, 2001, p.4 参照。

¹⁶ <http://www.kaiserpermanente.org/newsroom/history.html> (visited Jul.5.2001)

¹⁷ <http://www.bluecares.com/whoweare/history.html> (visited Jul.5.2001)

¹⁸ J.M.Yegian “Size Matters: The Health Insurance Market for Small Firms” Ashgate 1999, p.2

¹⁹ Health Insurance Association of America *“The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works”*, 2000, p.164

²⁰ 同上、p.164

²¹ Conning *“The Blue Cross and Blue Shield Plans Past, Present and Future 2000”* p.18

²² <http://www.aetna.com/history/1945.htm> (visited Jul.5.2001)

²³ 地域あるいは産業別に、現実に支払った金額ないしは支払予測金額をもとに保険料を算出する

が、その際その保険料率について加入者間について、保険請求履歴や、年齢、性別、健康状態による差を設けない方式（Joint Commission on Accreditation of Healthcare, “*Lexikon Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms, 2nd edition*”, 1998 より）。

²⁴ Conning”*The Blue Cross and Blue Shield Plans Past, Present and Future* 2000 p.18

²⁵同上、p.19

²⁶ この義務は、1995 年 10 月 1 日をもって終了した。

²⁷ 無保険者が病院を訪れた場合、救急外来では診療を拒否することができず、病院や医師は医療に要した費用を無保険者本人からは回収できない。そのため、負担能力のある保険会社の健康保険プランの加入者を診療する際には、無保険者の医療費が請求額に上乗せされた。これをコスト・シフティング（cost-shifting）と呼ぶ。

²⁸ Conning” *The Blue Cross and Blue Shield Plans Past, Present and Future* 2000 p.20

²⁹同上、pp.20-21

³⁰ Managed Care On-Line “Managed Care Fact Sheet”,

<http://www.mcareol.com/factshts/factnati.htm>
（visited 11.Jul.2001）

³¹ Conning”*The Blue Cross and Blue Shield Plans Past, Present and Future* 2000 p.23

³² Peter R. Kongstvedt, ed., “*The Managed Health Care Handbook, 4th edition*”, Aspen Publication, 2001, p.9

³³ *The Blue Cross and Blue Shield Plans Past, Present and Future*, pp.65-67

³⁴ 米国保険情報協会編著、安田総合研究所訳「ザ・ファクトブック 2001」（安田総合研究所、2001）p.19

³⁵ HCFA: Highlights—National Health Expenditures, 1999,
<http://hcfa.hhs.gov/stats/nhe-oact/hilites.htm>
（visited Jul. 5, 2001）

³⁶ 米国保険情報協会編著、安田総合研究所訳「ザ・ファクトブック 2001」（安田総合研究所、2001）p.19

³⁷ Hospital, Medical, Dental Service, Indemnity 部門の総計。National Association of Insurance Commissioners, “*Statistical Compilation and Market Share Report for Accident and Health Insurance Companies and*

Health Maintenance Organizations in 1998”, 1999, P.7

³⁸ ここでの加入者数には HMO, POS, PPO, および EPO（Exclusive Provider Organization）の加入者数を含む。Aetna U.S. Healthcare の数字には買収した Prudential 社の加入者の人数も含む。

³⁹ 複数の健康保険に加入している者がいる場合は重複してカウントせず、以下の優先順位に応じて優先度の高いものに該当した場合は、そのカテゴリーでのみカウントしている。すなわち、民間保険（職域加入）、メディケア、メディケイド、その他公的保険、その他民間保険の優先順位によることとする。

⁴⁰ コンバインド・レシオ（Combined ratio）とは、通常、保険料に対する、保険会社が支払った保険金および経費の割合をいう。

⁴¹ Peter R. Kongstvedt, ed., “*The Managed Health Care Handbook, 4th edition*”, Aspen Publication, 2001, p.1366

⁴² 医療プロバイダーが医療費支出のリスクを負うこと、ゲートキーパー制、といった HMO に関連するする事柄については後述する。

⁴³ 同上、p.1367

⁴⁴ 一回の診療ごとに数ドルの自己負担額を支払う方式等。

⁴⁵ 人頭払い等の定額支払い制度を採用していない HMO もある。

⁴⁶ 健康保険プランの選定や、企業の保険料負担等における労使の関係については、本稿では詳述しない。

⁴⁷ Bruce S. Pyenson, ed., Milliman & Robertson, Inc., “*Managing Risk, A Leader’s Guide to Creating a Successful Managed Care Provider Organization*”, AHA Press, 1998, p.68

⁴⁸ Robert A. Bourgeois, “*Building Strategic Relationships for Managed Care*”, McGraw-Hill, 1999, pp.421-422

⁴⁹ Employee Benefit Research Institute, “*EBRI Databook on Employee Benefits, 4th edition*”, 1997, p.236

⁵⁰ “*Self-Insurance : Property/Casualty & Employee Benefits*”, Business Insurance, 2001.2.19

⁵¹ 同上。2000 年における、自家保険の支払保険金ベースでのランキング。

⁵² Benesight 社ホームページ、<http://www.benesight.com>（visited Jul.5.2001）

⁵³ 前身の JCAH (Joint Commission on Accreditation Hospital) が 1951 年に発足し、1987 年に現在の JCAHO となった。

⁵⁴ 病院、ホームケア、救急ケア等の個別の機能ごとに定められた評価基準の他に、医療プロバイダーのネットワーク全体に対する評価基準もある。

⁵⁵ Health Insurance Association of America
“ *The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works* ” , 2000, p.114

⁵⁶ 同上 pp.115-116

⁵⁷ Academy for Healthcare Management,
“*Managed Health Care : An Introduction, 2nd edition*”, 1999, p.9-4

⁵⁸ Peter R. Kongstvedt, ed., “ *The Managed Health care Handbook, forth edition* ” , 2001, p.804

⁵⁹ Health Insurance Association of America
“ *The Health Insurance Primer, An Introduction to How Health Insurance Works* ” , 2000, p.95

⁶⁰ Peter R. Kongstvedt, ed., “ *The Managed Health care Handbook, forth edition* ” , 2001, p.798

⁶¹ (財) 医療経済研究機構編著「医療白書 1997 年版」(日本医療企画、1997)、P41 ~ 43 参照。

⁶²The Wall Street Journal 紙によると、「1999 年以来、全米でおよそ 50 のクラスアクションが、不幸な患者からマネジドケア会社を相手として引

き起こされている」とのことである。(“Health & Medicare-A Special Report-”, February 21, 2001)

⁶³ Financial Times, June 30, 2001.

⁶⁴ “Senate ‘Patients’ Rights’ Bill Would Cause Over A Million Americans To Loose Their Health Coverage”, Press Releases, HIAA, June 29, 2001.

⁶⁵ 詳細は安田総研クォーター Vol.33 「米国における HMO 訴訟と HMO 事業の見直し」を参照。

⁶⁶ Conning, “*Mergers & Acquisitions and Public Equity Offerings*”, 2000

⁶⁷ “Review Preview, Life / Health Edition 2001”, A.M.Best,

http://www.bestreview.com/revpreview/2001/lh_trends.html (visited June 29,2001)

⁶⁸ “Aetna Reports First Quarter Operating Results”, Press Releases, Aetna, May 10, 2001. 2001 年第 1 四半期におけるグループ全体での営業利益は、3,660 万ドルの赤字で、前年同期の 8,620 万ドルの黒字を大きく下回った。ヘルスケア部門では 1,370 万ドルの黒字で、同じく前年同期の 1 億 5,660 万ドルの黒字を大きく下回っている。

⁶⁹ 2001 年 6 月 15 日現在の株価は、エトナ社 26.10 ドル (対年初マイナス 36.44%)、シグナ社 92.25 ドル (対年初マイナス 30.27%)、ユナイテッド・ヘルスケア社 57.14 ドル (対年初マイナス 6.9%) となっている。